



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**ASSISTIR DOENTES PARASSUICIDAS:
SUBSÍDIOS PARA A RECONSTRUÇÃO COGNITIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professor Doutor Wilson Correia Abreu

Co-orientação:

Professor Mestre José Carlos Carvalho

Carla Maria de Sousa Aguiar

Porto | 2011

*Comprimidos engolidos à pressa, por que razão não chamei por ti,
a certeza agora dos teus passos no corredor da minha casa,
vens buscar-me e evitar que morra, levar-me outra vez ao Meco e a Almoçagene,
oiço a tua voz a chamar, vejo já aquilo que nunca fui capaz de te dar, amor,
a poesia que escreves e nunca li, quero que pegues em mim e sejas o meu abrigo.*

A escuridão em que me deixaste roubou-me a vida

*a vida é um dilema singelo,
ou se é bigorna ou se é martelo.*

Sampaio (2003, p.167)

AGRADECIMENTOS

Apesar de uma dissertação ser um trabalho individual que dá resposta a uma exigência académica, esta não seria possível sem o contributo de pessoas de natureza diversa que, de forma directa ou indirecta desempenharam um papel importante na realização deste trabalho e, as quais não poderia deixar de mencionar.

Aos meus familiares, agradeço todo o carinho, dedicação, compreensão, palavras de incentivo, apoio incondicional, confiança e disponibilidade demonstrados nos bons e principalmente nos momentos de maior dificuldade.

Agradeço aos docentes Professor Doutor Wilson Abreu e ao Professor José Carlos Carvalho, orientador e co-orientador, por terem aceitado orientar este trabalho, demonstrando empenho, disponibilidade, sabedoria e pelo seu contributo.

Agradeço também à Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela oportunidade que me concedeu em ter contactado com docentes maravilhosos, detentores de grandioso conhecimento.

Ao Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos E.P.E., e em particular ao Sr. Enfermeiro Director João Teles, pela oportunidade facultada em autorizar a aplicação/realização das entrevistas semi-estruturadas aos Enfermeiros Especialistas a exercer funções nos serviços de internamento da referida instituição, permitindo assim enriquecer o meu trabalho com dados recolhidos.

A todas as pessoas com que me relacionei e que se mostraram disponíveis para me auxiliarem na concretização deste trabalho, tais como colegas e amigos

A todos aqueles que vêm com alívio e felicidade o término desta etapa da minha vida e, que sempre souberam amar, apoiar e ajudar a ultrapassar as dificuldades sentidas ao longo desta caminhada, de forma a podermos juntos partilhar a alegria da vitória, deixo ficar o meu Muito Obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

a.c - Antes de Cristo

Artgs - Artigos

cit. in - citado em

d.c - Depois de Cristo

Dec - Decreto

Dr. - Doutor

et al - (et alli): Significa "e outros"

Ex - Exemplo

nº - número

p. - Página

Siglas

CID - Classificação Internacional de Doenças

DSM - Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

E.P.E - Empresas Públicas Empresariais

ECT - Electroconvulsivoterapia

EUA - Estados Unidos da América

G.N.R. - Guarda Nacional Republicana

HIV - Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HML - Hospital de Magalhães Lemos

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

INE - Instituto Nacional de Estatística

NES - Núcleo de Estudos do Suicídio

OMS - Organização Mundial de Saúde

P.S.P - Polícia de Segurança Pública

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPS - Sociedade Portuguesa de Suicidologia

SUPRE - Suicide Prevention Program (Departamento de Saúde Mental da OMS)

TCD - Terapia Comportamental Dialéctica

TRC - Técnicas de Reestruturação Cognitiva

WHO- World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
------------------	----

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.SUICÍDIO E PARASSUICÍDIO	19
1.1.Definições	19
1.2.Aspectos Teóricos e Filosóficos Sobre o Suicídio	22
1.3.Perspectivas Teóricas	25
2.DIMENSÕES CLÍNICAS E SOCIOCULTURAIS	31
2.1. Dados Epidemiológicos em Portugal e Europa	31
2.2. A Investigação Sobre o Suicídio	34
2.3. Problemáticas Socioculturais	38
3.O CONTEXTO DO SUICÍDIO E PARASSUICÍDIO	41
3.1. Identificação do Risco e Dimensões da Personalidade	41
3.2.Distúrbios Psiquiátricos Associados	49
4.SUICÍDIO E PARASSUICÍDIO: Que Intervenção?.....	55
4.1. A Abordagem ao Utente	57
4.2. O Enfermeiro Especialista e as Situações de Internamento	59
4.3. Prevenção, Ajuda e Minimização de Riscos.....	62

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1.METODOLOGIA DO ESTUDO	69
1.1. Questões Orientadoras	70
1.2. Opções Metodológicas: método qualitativo	72
1.3. Participantes do Estudo	73
1.4. Estratégia de Recolha de Dados: Entrevista Semi-Estruturada	74
1.5. Tratamento e Análise de Dados	75
1.6. Dimensões Éticas	76
2.LIDAR COM A PROBLEMÁTICA SUICIDÁRIA	79
2.1. As Experiências Clínicas dos Enfermeiros.....	79
2.2. Situações Marcantes da Prática Clínica	82
2.3.Dilemas Éticos	84
3. A REALIDADE DO UTENTE COM PROBLEMÁTICA SUICIDÁRIA.....	89

3.1. O Contexto do Comportamento Suicidário	90
3.2. O Comportamento do Utente Após a Tentativa de Suicídio	99
4. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A INTERVENÇÃO CLÍNICA	101
4.1. A Especificidade de Intervenção e Ajuda	102
4.2. Ser Generalista e Especialista: Intervenções Comuns e Específicas.....	103
4.3. Que Contributos a Nível da Formação?	106
5. CONCLUSÃO	109
6. REFERÊNCIAS	115
6.1. Bibliográficas.....	115
6.2. Sitiografia.....	119
ANEXOS	121
Anexo I - Exemplar Do Guião Da Entrevista Semi-Estruturada	123
Anexo II - Declaração De Consentimento Informado.....	133
Anexo III - Autorização Do Hospital De Magalhães Lemos, E.P.E. Para A Realização Do Trabalho De Investigação	137

RESUMO

Devido ao conjunto de problemas que caracterizam as sociedades actuais, assistimos ao aumento progressivo e sistemático da taxa e dos comportamentos suicidários. Sendo o suicídio um comportamento humano dotado de grande complexidade, caracterizado normalmente por uma ambivalência entre o desejo de morrer e o desejo de viver, tal comportamento pode muitas vezes estar associado a distúrbios psiquiátricos (depressão, transtornos de personalidade, psicose, entre outros). Por ainda ser um indicador da existência de conflitos e dificuldades humanas, tornando-se difícil lidar com eles, com a agravante do indivíduo poder estar destituído de mecanismos de defesa e de gestão de emoções.

Actualmente o comportamento suicidário é considerado um problema de Saúde Pública e a Organização Mundial de Saúde - OMS prevê para 2020 uma morte por suicídio a cada vinte segundos e uma tentativa a cada um ou dois segundos.

Quando se estuda o comportamento suicida, devem ser lembrados conceitos tais como ideação suicida, tentativa de suicídio e parassuicídio. A distinção entre os três conceitos depende essencialmente do grau de intencionalidade.

Esta pesquisa tem por finalidade central ajudar a identificar estratégias que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria podem utilizar para assistir doentes com comportamentos parassuicidas e de que forma podem ajudar na reconstrução cognitiva dos utentes, no sentido de evitar recaídas futuras.

O estudo tem como objectivos: analisar, na óptica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as motivações expressas pelos utentes com manifestações suicidas; avaliar eventuais mudanças de atitude perante a vida por parte do utente, durante o internamento; identificar oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em matéria de regimes terapêuticos complexos, susceptíveis de melhorar o atendimento do utente com problemáticas suicidárias.

A pesquisa foi realizada no Hospital de Magalhães Lemos, EPE - Porto e contou com a colaboração de 12 Enfermeiros Especialistas a exercer funções em serviços de internamento completo da referida instituição. Para a recolha de dados foi

utilizada a entrevista semi-estruturada. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Os resultados obtidos permitem afirmar que os utentes parassuicidas normalmente apresentam pensamentos/comportamentos que revelam um auto-conceito negativo, pessimista e inseguro, manifestando frequentemente sentimentos de hostilidade, tristeza e desesperança, que são sentidos como intoleráveis. Além disso, muitos dos doentes apresentam um pensamento dicotómico e rígido, bem como uma falência das estratégias de resolução de problemas, uma percepção de ausência de controlo sobre os seus próprios problemas e uma atitude de passividade. Todos estes sintomas devem ser considerados factores de risco para o comportamento auto-destrutivo.

Os enfermeiros devem ter sempre presente uma regra de extrema importância: dever-se-á realçar sempre que o suicídio pode constituir uma solução permanente para um problema temporário, lembrando à pessoa de que existe ajuda e que os seus problemas e a sua dor podem ser ultrapassados.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, Parassuicídio, Ideação suicida, enfermagem, depressão

ABSTRACT

Due to the complex problems that characterize the actual societies, there is a systematic and progressive increase in the rate of suicidal behaviours. The suicide is a human behavior known by its great complexity, characterized typically by an ambivalence between the desire to die and the desire to live. This behaviour can often be associated with psychiatric disorders (depression, personality disorders, psychosis, among others). Furthermore, suicide can still be an indicator of existence of human difficulties and conflicts, and manifest difficulties to deal with them as well. The personal circumstances can be aggravating when the individual decrease or lost the defense mechanisms and the competences to manage the emotions.

Currently suicidal behaviour is considered a Public Health problem and the World Health Organization-WHO provides for 2020 a death by suicide every twenty seconds and an attempt every one or two seconds.

When studying suicidal behaviour, concepts such as suicidal ideation, suicide attempt and para-suicide should be remembered. The distinction between the three concepts essentially depends on the degree of intentionality.

This research central aims are to help identifying strategies that Specialists Nurses in Mental Health Nursing and Psychiatry can use to assist patients with para-suicidal behaviours and how they can help patients' cognitive reconstruction in order to avoid future relapses.

The study has as objectives: to analyze, from the point of view of the Specialist Nurse in Mental Health Nursing and Psychiatry, the motivations expressed by users with suicidal expressions; to evaluate possible changes in matter of attitude to life by the wearer, during the hospitalization; to identify intervention opportunities in matter of complex therapeutic regime, that could improve the quality of care of patients with suicidal problems.

The survey was conducted at the Hospital de Magalhães Lemos, EPE - Porto, with the collaboration of 12 Specialist Nurses working in full inpatient services of that institution. For data collection was used semi-structured interviews. It is a study of a qualitative nature.

The results reveal that para-suicidal users usually have thoughts/ behaviours that show a negative, pessimistic and insecure self-concept, often expressing feelings of hostility, sadness and hopelessness, which are felt as intolerable. In addition, many patients have a dichotomous and rigid thought, as well as failure problem-solving strategies, a perceived absence of control over their own problems and an attitude of passivity. All these symptoms must be considered risk factors for self destructive behaviour and can increase the possibility to commit suicide.

Nurses must always bear in mind one very important rule: it must be always highlighting that suicide can be a definitive solution to a temporary problem, reminding the person that there are possibilities to obtain help and that their problems and pain can be overcome.

KEYWORDS: Suicide, Para-Suicide, Suicidal Ideation, Nursing, Depression.

INTRODUÇÃO

*“Quando se fala com alguém, vive-se.
Mesmo quando se morre, não se morre
sozinho.” Sampaio (1991, p.252)*

Normalmente o que se espera é que o Homem nasça, cresça e se desenvolva cumprindo o seu ciclo vital, mantendo o instinto da auto-preservação (até à morte natural). Porém um ser humano stressado, angustiado, desesperado, desprovido de objectivos de vida e preocupado com o seu fim, perde parte da beleza que a vida lhe pode proporcionar, podendo ficar assim sujeito de atentar contra a própria vida. Assim sendo, o suicídio é um fenómeno característico da espécie humana, e pela sua natureza revela-se como um estado de crise. Este cria conflitos e intervém no processo de maturação e crescimento do indivíduo, podendo-o conduzir a sentimentos de angústia e depressão, gerar tentativas de suicídio por parte de parentes e imitação de comportamentos. Tais sentimentos e comportamentos poderão levar a um desequilíbrio entre o indivíduo, a família e a própria sociedade. Desta forma, podemos afirmar que este estado de crise é promovido por múltiplos factores, como a personalidade, factores biológicos, factores sociais, entre outros (Sampaio, 1991).

Sendo o suicídio um fenómeno complexo e um acto individual que sempre atraiu a atenção de várias áreas: teológica, filosófica, médica, sociológica, entre outras e, atendendo a ocorrer no contexto de uma determinada sociedade associado a factores sociodemográficos, torna-se assim um problema grave de Saúde Pública. Requer especial atenção na área da prevenção (proporcionando as melhores condições possíveis para criar as nossas crianças e adolescentes), controlo (ambiental de factores de risco) e tratamento (eficaz de perturbações mentais).

O suicídio é uma forma de comunicação e compreendê-lo é compreender o desespero. O indivíduo mata-se com o intuito de se relacionar com os outros e não para ficar só ou desaparecer. A morte é vista como o único meio que o sujeito encontra para restabelecer o elo de comunicação com os outros, além de achar que é a única forma encontrada para superar uma situação e uma dor intoleráveis, como sendo a resolução para os problemas e a oportunidade de “renascer” de

novo. Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o SUPRE (Suicide Prevention Program), cujos principais objectivos a nível mundial, seria trabalhar a prevenção do suicídio. Assim, este guia faz parte de uma serie de recursos preparados como parte do SUPRE e dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular relevância para a prevenção do suicídio. O guia representa um elo numa longa e diversificada cadeia que envolve uma variedade de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da comunicação social, magistrados, famílias e comunidades.

Dados da OMS (2000) indicam que o suicídio aparece geralmente associado a doenças mentais - sendo a mais comum, a depressão, responsável por 30% dos casos relatados em todo o mundo. Outras doenças como o alcoolismo, a esquizofrenia e transtornos da personalidade, também são citados como factores predisponentes.

Segundo Corrêa e Barrero (2006), a relação entre suicídio e depressão é estreita, a ponto daquele ser, ainda hoje, considerado por muitos um sintoma ou uma consequência exclusiva deste. De facto a importância da associação entre um e outro é um dos dados mais conhecidos e replicados na literatura psiquiátrica.

Isto é, todos os tipos de perturbações do humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas (por exemplo: tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono e da alimentação) e devem alertar os técnicos de saúde para o potencial risco de suicídio.

O risco elevado de suicídio também tem sido associado à esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações da ansiedade, incluindo perturbação de stress pós-traumático e co-morbilidade destes. Aproximadamente 10 a 15% dos indivíduos com esquizofrenia cometem suicídio, que é a causa de morte mais comum entre indivíduos que sofrem de psicose. Indivíduos com diagnóstico de psicose têm risco acrescido de suicídio. O alcoolismo, particularmente na presença da depressão e de perturbações da personalidade, também pode potenciar o risco de suicídio.

Em 90% dos casos de morte de crianças e adolescentes por suicídio, foi identificada como causa algum tipo de perturbação mental, sendo os diagnósticos mais comuns as perturbações de humor, perturbações da ansiedade, o abuso de substâncias e perturbações comportamentais do funcionamento social.

Porém, nem todas as pessoas que tentam o suicídio apresentam problemas psiquiátricos. Não é válido julgar que uma pessoa depois de cometer ou tentar o suicídio venha a ser considerada como portadora de doença mental por causa do seu gesto.

Numa sociedade onde o estigma e ignorância da doença mental são significativos, as pessoas que apresentam comportamentos suicidários podem temer que os outros a considerem “louca” se revelarem os seus sentimentos, tornando-se relutantes em pedir ajuda durante a crise que atravessam. De qualquer forma, descrever alguém com fortes conotações negativas pode dissuadi-lo de procurar ajuda.

De acordo com a OMS, até 2020, a depressão será a principal doença mais incapacitante em todo o mundo, passando da quarta para a segunda causa colocada entre as principais causas incapacitantes para o trabalho. A pessoa deixa de produzir e tem a sua vida pessoal bastante prejudicada. Actualmente mais de 120 milhões de pessoas sofrem de depressão e estima-se que cerca de 850 mil pessoas morram por ano, em consequência da doença.

Este trabalho de investigação a que se reporta esta dissertação cumpre um dos requisitos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano lectivo 2010/2011.

De acordo com o tema escolhido: Assistir Doentes Parassuicidas: Subsídios para a Reconstrução Cognitiva, delinearam-se os seguintes objectivos:

- Analisar, na óptica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as motivações expressas pelos utentes com manifestações suicidas;
- Avaliar eventuais mudanças de atitude perante a vida por parte do utente, antes e após o evento;
- Caracterizar as situações clínicas em que se envolveram os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, designadamente através da identificação de mensagens subliminares expressas pelos utentes;
- Identificar oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em matéria de regimes terapêuticos complexos, susceptíveis de melhorar o atendimento do utente com problemática suicidária.

Como se pode constatar através da análise dos objectivos definidos, estão em causa um conjunto de questões de natureza experiencial, decorrentes de uma relação terapêutica estabelecida entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e o utente parassuicida. Esta relação terapêutica engloba três realidades subjectivas (o prestador de cuidados, o utente e a relação entre ambos), pelo que deverá ser analisada com recurso a metodologias que permitam uma análise mais fina e pormenorizada da situação em estudo.

Nesta perspectiva, parece ser relevante e apropriado recorrer à metodologia qualitativa, designadamente através da utilização de uma entrevista semi-estruturada dirigida aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções em serviços de internamento do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.- Porto. A escolha da referida instituição prende-se com o facto de ser um hospital de referência na zona Norte do país que sempre investiu e, investe na formação dos profissionais que lá exercem funções, “apostando” no desenvolvimento de competências dos seus profissionais para que possam prestar cuidados de forma eficiente e de qualidade.

A realização deste trabalho tem em vista aprofundar o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções nos serviços de internamento do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. no sentido de desenvolver estratégias consistentes de ajuda, nomeadamente a nível cognitivo e comportamental, tendo em vista evitar recaídas futuras de utentes com comportamentos suicidários.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“O trabalho empírico só pode ter valor se a reflexão teórica que o funda também o tiver.”

(Quivy, 2005, p. 233)

1. SUICÍDIO E PARASSUICÍDIO

Os comportamentos parassuicidários e o suicídio estão a aumentar de forma preocupante nalguns países Ocidentais, apesar de em Portugal não ter aumentado nos últimos tempos (Santos, Saraiva e Sousa, 2004). A OMS considera estes comportamentos um problema de Saúde Pública. Em todo o mundo, o suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte no grupo de idades compreendido entre os 15-19 anos e em muitos países posiciona-se em primeiro ou segundo lugar como causa de morte nesta faixa etária (OMS; 2000). A tendência nos últimos anos, no mundo ocidental, tem sido o aumento de suicídios entre os 15-24 anos, especialmente no género masculino (Cantor, 2002), sendo o estudo em torno desta população uma prioridade.

Todos os anos, cerca de 600 pessoas suicidam-se em Portugal e talvez umas 24000 protagonizem comportamentos parassuicidas, designadamente intoxicações voluntárias ou corte de pulsos, ao ponto de terem de ser assistidas em Serviços de Urgência (Saraiva, 2003). O fenómeno de suicídio e parassuicídio, vai além dos números, já de si inferiores à realidade, tendo de se ter em conta o sofrimento humano e os custos económicos, tornando-se num problema, de Saúde Pública de grande importância, particularmente nos adolescentes e jovens adultos (Diekstra, 1993).

1.1. Definições

O Suicídio pode ser considerado como sendo a forma extrema de auto censura, de desespero, desesperança, solidão e falta de perspectivas futuras. Estudos realizados, indicam que durante a vida adulta, o ser humano pensa em suicídio várias vezes por ano, sem concretizar o seu desejo. Pensamentos

passageiros acerca da morte são universais e os pensamentos de auto-destruição fazem parte da rotina diária de cada ser humano. Trata-se apenas de uma reacção de ansiedade desencadeada por problemas na vida familiar, social e profissional que causam angústia e depressão de forma temporária.

Segundo Durkheim (1897), sociólogo francês, definiu o suicídio como “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pelo próprio indivíduo, conhecendo este o seu efeito letal”.

O suicídio é encontrado em quase todas as sociedades e a sua importância é difícil de estabelecer com exactidão, pois muitas das mortes voluntárias são camufladas em acidentes.

O suicídio poderá significar o último elo de uma cadeia: auto-condenação, auto-punição, auto-prejuízo, auto-mutilação e, com isto, a meta da auto-agressão e auto-destruição. Para Freud, as razões desta auto-destruição, surgem como manifestação da morte, pulsão e sentimentos de culpa reprimidos. “(...) *O sentido inconsciente do suicídio é a reparação da culpa com a morte.*” (Dorsch, Häcker & Stapf, 2001, p. 912).

O suicídio pode ser estudado a partir das estatísticas oficiais do estudo dos comportamentos auto-destrutivos e da “autopsia psicológica”, um estudo retrospectivo realizado a partir de entrevistas com elementos do universo relacional da pessoa que morreu, no qual se procura definir o papel que o indivíduo teve na própria morte.

Por sua vez o termo parassuicídio foi introduzido por Kreitman et al (1969) e adoptado pela CID (1992). Existem referências importantes em Portugal (Saraiva, 1996, 1999, Santos, 2006).

Este termo foi definido como um acto cometido de forma deliberada encerrando em si um gesto suicidário mas que não conduz à morte.

O grupo de peritos em Suicidologia da Organização Mundial de Saúde (1986), redefiniu em York, o conceito de parassuicídio, definindo comportamento parassuicidário como sendo um acto não fatal, na sequência de um comportamento invulgar, protagonizado por um indivíduo, sem a intervenção de outrem, que provoca auto-lesão ou ingestão de uma substância em sobredosagem para além do prescrito ou de ser reconhecida como terapêutica, e que visa mudanças desejadas pelo indivíduo, quer através desse acto quer através das suas consequências físicas (Faria, 1994, cit in Saraiva, 1999).

O gesto parassuicida imita assim o gesto suicida, mas não tem consequências fatais. Os parassuicidas são mais frequentemente jovens, do sexo feminino, que utilizam métodos de baixa letalidade (medicamentos, cortes superficiais), mas é de grande importância estarmos atentos a estes comportamentos que indicam sofrimento psicológico. A sua detecção e encaminhamento podem evitar um gesto suicida fatal.

O termo parassuicídio foi adoptado, para caracterizar actos de auto-destruição que não conduziram à morte ou, nos quais não se encontrava presente a intenção de morrer (Santos et al., 1996).

Ao contrário do parassuicídio, a tentativa de suicídio é entendida, segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) como “ (...) o acto levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que por razões diversas não é alcançada”.

Uma das principais diferenças entre suicídio e parassuicídio é o nível de intencionalidade, sendo o da tentativa de suicídio superior.

Segundo a OMS (2002) a Tentativa de Suicídio é um: “*Comportamento suicida não fatal*” para os actos que não resulte em morte. Caracteriza-se por gestos auto-destrutivos não fatais como auto-mutilação ou auto-envenenamento mas, com intenção de morte.

Estes gestos surgem como uma estratégia, como sendo a última alternativa para a resolução de um problema, após o indivíduo ter esgotado todas as outras possibilidades.

A ideação suicida é um pensamento e cognição sobre a intenção que o indivíduo tem de pôr término à própria vida. A ideação suicida pode ser encarada como sendo um precursor que poderá resultar no verdadeiro acto/comportamento suicida.

Os indivíduos com ideias suicidas geralmente têm planos e desejos de cometer suicídio, podendo não ter tentativas anteriores.

A noção de ideias suicidas podem ser reconhecidas desde, ideias não específicas de inutilidade como a “vida não vale a pena” ou “eu queria estar morto”, a ideias específicas acompanhadas de intenção de morrer e/ou de um plano suicida bem elaborado pelo próprio.

A identificação de intenção suicida em alguns casos passa despercebida, podendo não haver pistas ou ser negligenciada. A ideação suicida poderá estar

presente em toda e qualquer pessoa independentemente do seu sexo, raça, religião, sociedade, entre outros. Além disso, pode existir em qualquer membro de uma família independentemente do seu estatuto social. Porém, muitas vezes há que prestar atenção a algumas “mensagens” que a pessoa possa transmitir, mensagens essas que habitualmente antecedem o verdadeiro acto suicida tais como: estipular o que fazer com as contas bancárias; fazer testamento; fazer escrituras de imóveis; fazer um seguro de vida.

1.2. Aspectos Teóricos e Filosóficos Sobre o Suicídio

O Suicídio sempre foi motivo de interesse e de estudo entre as várias ciências humanas: sociólogos, psicólogos, médicos, entre outras (Saraiva, 2006).

Atendendo ao facto do Suicídio poder ter na sua génese múltiplos factores e devido a ter conotações diferentes mediante as épocas, países, culturas, sentimentos de cada povo e de cada indivíduo, nem sempre os registos estatísticos e as taxas de suicídio registaram os valores mais correctos sobre esta temática (Santos, 2006).

Etimologia

O termo “Suicídio” teve origem no século XVII, tendo surgido como um neologismo, ou seja, surge como sendo uma intenção de distinguir entre o “selfkilling” cristão e o “suicídio” pagão, e apareceu pela primeira vez em “Religio Medici”, de Sir Thomas Browne, escrito por volta de 1636 e publicada em 1642 (Minois, 1998).

Encontrar uma única definição para o suicídio é uma tarefa difícil, quase impossível. Contudo, é a partir do século XVIII, que a temática do suicídio apresenta uma considerável evolução, dando assim caminho para a construção da grande obra de Émile Durkheim “*O Suicídio: estudo Sociológico*” (1897).

Defontaines utilizou pela primeira vez o termo “Suicídio” em 1737. O referido termo tem origem no latim, resultando da junção das palavras sui (si mesmo) e caederes (acção de matar). A referida palavra tem como significado a morte intencional ou auto-infligida. Num sentido lato, o suicídio é um acto voluntário através do qual o indivíduo passa da intenção suicida ao acto realizado através de diferentes formas (tiro, enforcamento, envenenamento, entre outros) ou

por omissão como, por exemplo, a recusa alimentar acabando por provocar a própria morte.

Segundo Durkheim (2001), suicídio é todo o caso de morte que resulte directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado. Para Shneidman (1985), *“O suicídio seria a expressão máxima desse fenómeno e não acreditava que houvesse suicídio sem o desejo reprimido de matar alguém, um fenómeno multidimensional, num indivíduo carente, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução”*.

Na Antiguidade o suicídio era um mistério, era um comportamento justificado como sendo um acidente ou um acto heróico. Porém, os suicidas não tinham direito a um enterro religioso, daí não existirem registos dessas ocorrências.

Na Grécia Antiga, o suicídio era realizado com o consentimento do Estado aos cidadãos que de alguma forma interferissem com a ordem social na polis democrática. Sócrates, por exemplo, suicidou-se por envenenamento com cicuta. Considerando o período da Grécia Antiga, é possível constatar que cada escola de filosofia possuía uma opinião própria em relação a esta problemática:

- Os Pitagóricos opunham-se categoricamente;
- Os Epicuristas ou Estóicos adoptavam uma posição mais benevolente.

No que diz respeito à escola Pitagórica, esta opunha-se ao suicídio por dois motivos essenciais: por um lado, porque uma alma que mergulhara num corpo na sequência de um pecado original devia realizar a sua expiação até ao fim. Por outro lado, porque a associação existente entre o corpo e a alma se regia por relações numéricas e o suicídio podia quebrar essa harmonia (Minois, 1998) àqueles que o cometiam, podendo mesmo dizer-se que era como se os matassem pela segunda vez, arrastando os cadáveres e confiscando os bens, esforçando-se por demonstrar que o suicídio não causava nenhum mal à sociedade nem à providência (Minois, 1998).

Do ponto de vista Epicurista/Estóico, quando nos encontrássemos numa situação em que a vida não nos corresse bem, o acto suicida era aconselhado pela sabedoria devendo ser efectuado com doçura, adoptando-se uma postura designada por suicídio reflectido. Esta posição era igualmente defendida pelos Estóicos, sobretudo quando a razão nos indicava que era a forma mais adequada

de nos colocarmos em conformidade com a ordem natural das coisas, ou quando não nos era possível prosseguir com aquela conduta que tínhamos previamente traçado (Minois, 1998 cit. in Santos, 2006).

A partir da Idade Média Cristã não era permitido, por exemplo, o enterro dos corpos dos suicidas e confiscavam-se as propriedades da família. Esta situação prende-se com o facto de, nesta época, o suicídio ser um acto condenável quer pela Teologia quer pelo próprio Estado.

Durante a Idade Média Ocidental, o “Suicídio” era encarado de forma diferente, quer pela Justiça quer pela Igreja, tendo posições contraditórias, dependendo de quem se suicidava (era praticado por todas as classes sociais e em ambos os sexos), bem como os motivos para o fazer.

O suicídio na Idade Média era praticado em todas as classes sociais e em ambos os sexos, sendo encarado, muitas vezes, como o resultado de uma tentação diabólica, do desespero ou de um acto de loucura. Sendo assim, os suicidas eram punidos de forma extremamente severa, pois o acto suicida era entendido como algo de criminoso e, por isso, era vingado sobre o cadáver, seguido da confiscação dos bens daquele que se suicidava (Minois, 1998).

Quando um trabalhador rural ou artesão se suicidava na tentativa de fugir à miséria e ao sofrimento, o acto suicida era tido como um acto covarde, desprezível e egoísta e, como tal, a sua alma deveria ir para o inferno; os seus corpos passavam por suplícios públicos (corpos arrastados por animais até à forca ou fogueira, mutilação dos corpos, exibição dos corpos nus em praça pública, entre outros), eram-lhes vetados os rituais funerários, o sepultamento em terras sagradas e os bens eram-lhes confiscados.

Em contrapartida, o suicídio dos nobres, qualquer que fosse a causa, era considerado como sendo um acto corajoso, honroso e respeitável.

O Cristianismo nasceu e desenvolveu-se numa atmosfera de grande ambiguidade pois, se por um lado, havia o desprezo pela vida terrena, por outro lado, afirmava-se que apesar de tudo, não nos devíamos entregar à morte, e essa tendência manifestou-se muito claramente nos primórdios da Igreja (Minois, 1998).

Foi com o Cristianismo que a condenação do suicídio se evidenciou de uma forma mais clara pois a vida era entendida como algo horrível mas que tínhamos de suportar, pois mesmo que a morte fosse desejada, não nos devíamos entregar a

ela, constituindo este o difícil exercício sobre o qual devia repousar uma vida cristã (Minois, 1998).

A partir do final do século XIV, com o Renascimento, surge a primeira geração humanista, tendo eclodido um conflito de valores entre aqueles que argumentavam a favor da morte voluntária e aqueles que se opunham.

David Waman considera o suicídio como sendo uma expressão de liberdade do indivíduo.

Comte, numa perspectiva sociológica, contrapõe-se a Waman ao afirmar que o homem não é apenas um indivíduo, mas é toda uma unidade moral, onde cada um tem a sua própria personalidade, ou seja, aquele que se mata destrói a sua personalidade.

1.3. Perspectivas Teóricas

Várias são os modelos e as teorias que abordam o suicídio, tais como: Teorias Sociológicas; Teorias Psicológicas; Biologia.

Perspectivas Sociológicas

Os modelos sociológicos são os mais divulgados quando se fala de comportamentos suicidários.

Tiveram início em finais do século XIX. Emile Durkheim, reconhecido como um dos pais da sociologia moderna e fundador da escola francesa de sociologia, pioneiro nesta matéria, combinava a pesquisa empírica com a teoria sociológica sobre o suicídio. Durkheim interessou-se em conhecer quais os efeitos prejudiciais que a sociedade exercia sobre os indivíduos, tendo colocado a hipótese do suicídio ser resultante de uma perturbação existente entre a sociedade e o próprio indivíduo, podendo estar comprometida a sua integração social, ou podendo estar comprometidas as regulações ou regras impostas pela sociedade ao indivíduo.

Assim, é amplamente reconhecido como um dos melhores teóricos do conceito da coesão social. Os seus estudos levaram-no a defender a teoria de que os factos sociais atingem toda a sociedade e que a mesma é um todo integrado e interligado. Logo, se algo não vai bem em algum sector da sociedade, qualquer

alteração que ocorra na mesma acabará por afectar toda a sociedade. Partindo deste raciocínio, Durkheim desenvolve dois conceitos importantes: Instituição Social e Anomia.

A Instituição Social é um mecanismo de protecção da sociedade, é o conjunto de regras e procedimentos padronizados socialmente, reconhecidos, aceites e sancionados pela sociedade, cuja importância estratégica é manter a organização do grupo e satisfazer as necessidades dos indivíduos que dele participam. As instituições são, portanto, conservadoras por essência, quer seja a família, a escola, o governo, a polícia ou qualquer outra, elas agem fazendo força contra as mudanças, pela manutenção da ordem.

Este autor classificou o suicídio de acordo com o grau de integração social (altruísta, egoísta, anómico ou fatalista), dependendo da regulação, e defendeu que não são os indivíduos que se suicidam, mas a sociedade através deles.

Assim sendo, Durkheim defendeu que uma sociedade sem regras claras (num conceito do próprio Durkheim, "em estado de anomia"), sem valores, sem limites leva o ser humano ao desespero. Preocupado com esse desespero, Durkheim dedicou-se ao estudo da criminalidade, do suicídio e da religião.

Segundo Durkheim (1977), seria extremamente raro ocorrerem situações de suicídio como sendo resultantes de um comportamento de imitação do gesto suicida. Assim, a imitação não poderá ser interpretada como causa de uma conduta suicida, quando muito, a imitação do gesto suicida poderá ser encarada como um factor precipitante para um indivíduo que, por si só já tinha em ideia pôr termo à vida. Assim poderia dizer-se que o processo imitativo influencia o método, e o tempo pelo qual e no qual, respectivamente, é tomada a decisão de realizar o gesto auto-destrutivo.

Perspectivas Psicológicas

Dentro dos modelos psicológicos encontram-se três perspectivas principais que correspondem a três grandes escolas de psicologia: a psicodinâmica, a cognitiva e a sistémica.

Perspectiva Psicodinâmica

Vários foram os autores que dentro da visão psicanalítica do suicídio se interessaram por estudar estes comportamentos:

Menninger (1938, in Crepet 2002, Sampaio, 2002, Saraiva, 1999) aprofunda a teoria psicanalítica do suicídio e defende que em todos os suicídios poderá ser caracterizada a existência de três aspectos fundamentais: o desejo de matar (baseado no instinto de agressão ou destruição com o objectivo de anular uma ameaça ou perda); o desejo de ser morto (como sendo uma resposta do superego à necessidade de punição por existirem sentimentos de culpa ou de submissão, ou seja, surge como uma resposta do superego enquanto subordinação à autoridade e inclui os sentimentos de culpabilidade que fazem com que o Eu seja agredido pelo Super Eu) e o desejo de morrer (como uma forma de regressar ao ventre materno).

Curtis (1984, in Sampaio, 2002) defensor das teorias de Menninger, tem um importante contributo uma vez que apresenta várias sugestões práticas que podem ser aplicadas ao nível do trabalho terapêutico, a desenvolver com indivíduos potencialmente suicidas. Segundo este autor, a agressividade manifesta no desejo de matar deve ser direccionada para condutas socialmente aceites, em contrapartida, com a vertente punitiva do desejo de ser morto, que deve ser trabalhada com o utente no sentido de ser identificada e exteriorizada como objectivo a eliminar. O desejo de morrer deverá ser ultrapassado através de um trabalho terapêutico que saliente as vertentes positivas da vida.

Perspectiva Cognitiva

Segundo os cognitivistas, o mais importante é a atribuição que o indivíduo faz ao ambiente e aos acontecimentos.

Dentro desta perspectiva distinguem-se três explicações essenciais baseadas nas conceptualizações teóricas e estratégias psicoterapêuticas tendo em consideração a linha de compreensão das trajectórias suicidas:

- as que referem que mais do que a depressão, a desesperança (expectativas negativas relativamente o futuro) pode ser considerada como um indicador de risco para o suicídio;

- as que se centram nos mecanismos de coping e resolução de problemas (enquanto estratégias de adaptação a novas situações que podem ser ameaçadoras e causar dano ao indivíduo, permitindo um funcionamento adequado no dia-a-dia). Investigadores defendem que os indivíduos que tentam o suicídio apresentam deficits de adaptação associados a dificuldade na resolução de problemas, de memória e do pensamento;

as que colocam a possibilidade do suicídio poder ser levado a cabo por indivíduos que apresentem um pensamento dicotómico e outras distorções cognitivas, diminuindo assim a capacidade do indivíduo para escolher uma solução entre várias alternativas.

Perspectiva Sistémica, Relacional e Comunicacional

Uma das perspectivas, por vezes, apresentada, é aquela que considera que o suicídio está relacionado com uma doença da qual decorrem alterações psicopatológicas.

Esta perspectiva serve de base conceptual à terapia familiar, onde muitas vezes a problemática suicidária está presente nas faixas etárias jovens (adolescência).

Sampaio (2000, 2002) é um dos autores que adopta esta perspectiva. Este autor é defensor que além da psicodinâmica de compreensão, a terapia familiar surge como parte fundamental da terapêutica.

Saraiva (1999) é da opinião que as condutas suicidas podem ser interpretadas como uma forma de comunicação relacionada com o poder dentro de uma dinâmica de interacção familiar ou social. A tentativa de suicídio surge não só como sintoma de um conflito interno, mas também como meio de comunicação no sistema familiar ou social.

Sampaio (2002) interpreta o gesto suicida nos adolescentes como uma forma de comunicação acerca da comunicação familiar. Além disso, defende que a tentativa de suicídio na adolescência surge como sendo um comportamento que visa o apelo (pedido de ajuda directa para que alguém faça alguma coisa para ajudar), o desafio (surge geralmente direccionado a alguém com quem o adolescente está em conflito), o renascimento (está presente o desejo de morrer mas, com o desejo de nascer de novo, na esperança que o acto produzido reorganize o seu sistema relacional) e a fuga (desistência da própria vida).

Perspectiva Psicopatológica ou Nosológica

Nesta perspectiva, o suicídio é visto como sendo o resultado de uma doença da qual resultam alterações psicopatológicas.

Segundo Fisher e Shaffer (1984, in Sampaio, 2002) o suicídio é entendido como uma manifestação sintomática da doença que exclui os mais desadaptados, exercendo desta forma uma função selectiva e reguladora (Vieira, 1979 in idem).

Existiam autores (Esquirol e Achille- Gelmas) que defendiam a existência de factores hereditários como estando na origem do comportamento suicidário (Sampaio, 2002).

Porém, havia autores que defendiam a possibilidade de factores biológicos como estando na génese do comportamento suicidário.

Esta perspectiva assenta em dois tipos de estudos principais: estudos na área da bioquímica e estudos na área da genética (Crepet, 2002, Saraiva, 1999).

Modelo Biológico (pretende pesquisar quais as substâncias orgânicas e bioquímicas que poderão estar envolvidas nas condutas suicidárias, bem como quais os mecanismos de acção das mesmas).

Estudos realizados na década de 60 vieram comprovar que existe uma relação entre os níveis de serotonina-5-hidroxitriptamina (5-HT) e a depressão/suicídio, registando-se altos níveis deste neurotransmissor em indivíduos que haviam cometido suicídio, por métodos violentos.

O principal metabolito da serotonina é o ácido hidroxiidolacético (5-HIAA) e a diminuição dos níveis desta molécula indica diminuição de serotonina no sistema nervoso central (SNC). Níveis baixos de 5-HIAA poderão ser preditivos de futuras tentativas de suicídio, quanto mais baixo for o seu nível maior poderá ser a violência do acto suicida e do comportamento impulsivo.

Relativamente ao colesterol (precursor da síntese do cortisol), poder-se-á referir que níveis anormalmente baixos de colesterol (hipocolesterolemia), podem representar um aumento do risco das condutas violentas/agressivas. Por sua vez, alterações do metabolismo do colesterol podem levar a um défice de serotonina (5-HT) no cérebro.

Perspectivas Integrativas

Segundo Sampaio (2002) o suicídio seria interpretado como um sintoma complexo, de origem multifactorial (biológicos; psiquiátricos; genéticos e familiares; personalidade; clínicos e da história de vida), ou seja, tinha origem em várias causas e combinações.

Uma teoria a mencionar, foi apresentada por Baechler (1975 in Crepet 2002, Sampaio 2002) que considera que os indivíduos possuem estratégias quando face a problemas existenciais: a racional (mudar as condições identificadas subjacentes ao problema); a irracional (corresponde à construção de uma realidade subjectiva diferente da real); o suicídio (é equivalente ao abandono, à fuga, à recusa da própria vida); a batota (consiste em não respeitar as regras); o aniquilamento (destruição da fonte do problema).

2. DIMENSÕES CLÍNICAS E SOCIOCULTURAIS

Na Europa, o rácio de suicídios por género mostra que existem maiores diferenças na Finlândia, Grécia, Irlanda e Portugal, registando-se quatro mortes no sexo masculino para uma no sexo feminino. Se no continente europeu a taxa de suicídios diminui, de maneira geral, de Norte para Sul, em Portugal continental verifica-se a situação inversa, com os suicídios a registarem valores mais elevados em regiões como o Alentejo (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

2.1. Dados Epidemiológicos em Portugal e Europa

Tendo por base os dados facultados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), pode-se referir que durante os anos 90 verificou-se uma diminuição do número de suicídios, que chegaram aos 519 em 2000 (o mais baixo valor registado desde 1960), contrariamente ao verificado em alguns países europeus, com taxas bastante mais elevadas, como é por exemplo, o caso dos países de Leste ou a Alemanha. No Sul da Europa, Portugal surge nos países com mais alta taxa, em grande parte devido ao elevado número de suicídios de idosos, a sul do Tejo.

Segundo a World Health Organization (WHO), registaram-se em Portugal, no período entre 1971 e 2000, um aumento da percentagem de suicídios até 1987, tendo-se posteriormente registado uma progressiva diminuição, mais acentuada entre 1995 e 2000. O valor mais elevado registou-se em 1984, em que 1,1% das mortes por todas as causas em Portugal foram por suicídio, tendo-se registado o valor mais baixo em 1999 e 2000 (0,5%).

A partir do ano 2000, os números começaram a ficar cada vez mais próximos, tendo em 2004 o Instituto Nacional de Estatística (INE) reportado 1195 suicídios e o Ministério da Administração Interna 1135 mortos em acidentes de viação.

Em 2005, verificou-se uma ligeira descida do número de suicídios (passaram para 910), registando-se um aumento do número de mortos na estrada (1094).

Porém desde 2006, verificou-se que os óbitos por lesões auto-provocadas intencionalmente ocupavam o primeiro lugar nas causas de morte não-natural. De uma diferença mínima entre os 868 suicídios para as 850 mortes a lamentar nas

estradas, em 2006, no ano seguinte o fosso alargava com o aumento de óbitos por lesões auto-provocadas intencionalmente (1014) e a manutenção da tendência descendente nas vítimas mortais em acidentes de viação (854). Assim sendo e, segundo a Organização Mundial de Saúde OMS (2006), Portugal tem uma das mais moderadas taxas de suicídio do continente europeu, sendo apenas suplantado pela Albânia e pela Grécia - com uma média anual de 5,1 mortes por cada 100 mil habitantes, números semelhantes aos dos restantes países do Mediterrâneo, contrariamente aos do Norte, Centro e Leste Europeu (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) estima-se que em Portugal ocorrem em todos os anos cerca de 600 casos de suicídio e 2400 comportamentos parassuicidas (Santos 2007). Segundo o INE, em 2008, registaram-se 1035 suicídios em Portugal. No mesmo ano, o Ministério da Administração Interna refere que terão ocorrido 776 mortes na estrada, na sequência de acidentes de viação. O suicídio consolida-se mais uma vez, como sendo a principal causa de morte não-natural. Contudo, tal como mencionado anteriormente, os especialistas continuam a alertar que poderão existir falhas importantes no registo destes números.

Segundo argumentam alguns profissionais de saúde mental, faltará contabilizar alguns registos efectuados pelo INE ao abrigo da "mortalidade por sintomas, sinais, achados anormais e causas mal definidas". Tal situação, prende-se pelo facto de algumas das mortes de causa indeterminada poderem ser atribuídas a suicídio. Segundo o INE, mais uma vez, a taxa deste tipo de mortalidade sem uma causa definida em 2008 ascende aos 64,5 por cem mil habitantes, enquanto, no mesmo exercício estatístico, os suicídios se ficam pelos 7,9 por 100 mil habitantes.

Torna-se extremamente difícil, obter informação precisa e rigorosa sobre qual o número exacto de pessoas que se suicidam ou que tentam o acto suicida. Esta dificuldade prende-se com o número de óbitos registados a nível estatístico, ser extraído das causas de morte mencionadas nos atestados de óbito, podendo não ser muito fiáveis, atendendo ao estigma ainda presente nas sociedades actuais, sobre como o suicida é visto. É de salientar que por vezes as famílias, bem como a própria sociedade, podem exercer pressão para que no óbito não venha registado o verdadeiro motivo da morte, ocorrendo assim falsificação de dados.

Uma outra situação que poderá questionar a precisão dos dados, prende-se com o facto de muitas vezes os acidentes (principalmente os de viação), bem como as situações de envenenamento (principalmente as ocorridas em crianças), poderem ser consideradas como acidentes e não como tentativas de suicídio.

A falta de meios poderá também pôr em causa os dados estatísticos, devido a existirem comportamentos que não podem ser medidos nem identificados com exactidão, ou seja, se são verdadeiros comportamentos suicidários ou não, uma vez que muitas vezes são tidos de forma inconsciente (pois embora a pessoa não tenha intenção de se prejudicar, acaba por fazê-lo) mas que poderão predispor à morte (EX: utente diabético, recusar ou esquecer a toma de insulina). É de salientar que nem todo o prejuízo pessoal intencional que poderia conduzir à morte visa a própria morte. A natureza de um acto depende não só do contexto em que é praticado, mas também das intenções com que determinadas acções são levadas a cabo.

Alguns estudos analisados pela OMS no Mundo em Maio de 2009, demonstram que os países no Norte da Europa (EX: a Lituânia, a Rússia, a Eslovénia) apresentam taxas elevadas de suicídio em ambos os sexos, sendo de referir que é no sexo feminino que se registam taxas muito inferiores quando comparadas com as taxas de suicídio do sexo masculino. Os restantes países da Europa apresentam taxas inferiores de suicídio (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

Contrariamente ao que se verifica no Continente Europeu, em que a taxa de suicídio diminui, de maneira geral, de Norte para Sul, em Portugal continental verifica-se a situação inversa, ou seja, verificam-se que as mais elevadas taxas de suicídio se registam em regiões como o Alentejo (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

Vários são os factores que podem ser apontados e que por sua vez podem estar na origem de tal situação: a solidão, a desertificação e a inexistência de redes sociais de vizinhança, são avançadas pelos especialistas como algumas das possíveis causas para este fenómeno (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006).

Especialistas referem que a região Norte do País apresenta mais baixos índices de suicídio, atribuindo tal situação à existência de alguns factores que podem ser considerados como de protecção (sociodemográficos, factores culturais, entre outros) que devem ser tidos em conta. A crença religiosa da população da região norte do país poderá, também ser considerada um factor de

protecção e de desalento ao acto suicida (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006), as altas taxas de nupcialidade, natalidade e actividade, em contraste com baixas taxas de mortalidade e desemprego (Tur et al., 2004).

Na região Sul do país, mais em particular na região Alentejana as taxas de suicídio são marcadamente superiores, bem como as taxas de mortalidade e de desemprego, associadas a baixas taxas de nupcialidade e de actividade, quando comparadas com as regiões do Norte do país. Assim, também estes factores podem ser apontados como predisponentes para o aumento das taxas de suicídio nessa região do país (Tur et al., 2004).

Quando se faz a associação entre o comportamento suicidário e as estações do ano, poder-se-á verificar que em Portugal, as maiores taxas de suicídio são registadas na Primavera, no Verão e no Outono (entre Maio a Julho). Estudos realizados referem que o “rebentar da flor e a queda da folha” poderão exercer influência sobre o comportamento suicida. No Outono o humor depressivo estaria em sintonia com a Natureza, em contrapartida na Primavera poder-se-á verificar um contraste acentuado entre a tristeza que a pessoa sente e a alegria com o meio que a rodeia. Isso provocaria um aumento da dor psicológica que se tornaria insuportável e intolerável (Saraiva, 2006,p.86).

2.2. A Investigação Sobre o Suicídio

Vários são os factores que podem ser apontados como impulsionadores/predisponentes da ideação suicida, nomeadamente: sentimentos de desesperança, depressão e stress, aliado a fracas estratégias de resolução de problemas (Schotte & Clum, 1982). Como factores de risco agravantes temos: ameaças prévias de suicídio com recurso a um método violento (EX: armas de fogo). O gesto suicida é um atentado à própria vida com a intenção de tentar mudar padrões definidos que não estão de acordo com a vontade do próprio suicida (Sampaio, 1991).

Vários são os estudos realizados ao longo dos tempos relativamente ao comportamento suicidário. Contudo, apenas farei referência a dois estudos de investigação, realizados por investigadores portugueses e que de certa forma, vêm corroborar/ou não, conclusões a que terão chegado outros investigadores a nível internacional.

Josefa Costa, tendo elaborado em 2010 a sua dissertação de Mestrado na Universidade da Beira Interior- Faculdade de Ciências da Saúde, subordinada ao tema “Tentativa de Suicídio”, fez um estudo retrospectivo, com base na consulta casuística de processos clínicos a doentes referenciados ao Serviço de Psiquiatria do Centro Hospital de Cova da Beira, por tentativas de suicídio no período compreendido entre 2005 e 2008. Através da análise do estudo efectuado, pode-se tirar as seguintes ilações: sendo a amostra constituída por 47 pessoas, repartida entre 23 indivíduos do género feminino (49%) e as restantes 24 pessoas indivíduos do género masculino (51%), foram os homens quem maioritariamente recorriam ao Serviço de Psiquiatria devido a Tentativa de Suicídio.

Relativamente à faixa etária dos utentes que recorriam a esse mesmo serviço de psiquiatria por Tentativa de Suicídio, e atendendo a amostra ser constituída por pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, concluiu serem os indivíduos com idades compreendidas entre os 30-40 anos (53%) quem mais recorria a este serviço de psiquiatria, seguido por indivíduos com idades compreendidas entre os 20-30 anos (23%), indivíduos com idades na faixa dos 50 anos representariam 14% da amostra, registando-se os valores mais baixos (10%) em indivíduos na faixa etária dos 70 anos.

Tendo em conta o estado civil verificou serem os indivíduos solteiros quem mais recorria ao serviço de psiquiatria por tentativa de suicídio (58%), seguido pelos indivíduos casados (40%), sendo este um valor contraditório quando se tem em conta a literatura pois esta faz menção que o facto de o indivíduo ser casado poderá ser considerado como factor de protecção contra a tentativa de suicídio. Indivíduos divorciados representavam uma minoria (2%), verificando-se uma redução significativa relativamente aos estados civis anteriores.

Quando à possibilidade de haver doenças diagnosticadas aos utentes que fizeram parte da amostra do referido estudo, concluiu que a patologia presente em maior percentagem seria a depressão (70%), seguida por utentes aos quais não havia sido diagnosticada doença psiquiátrica (13%), os transtornos do impulso, as perturbações bipolares, bem como as situações de toxicodependência surgiam em menor percentagem (cerca de 6%).

No referido estudo e atendendo as situações segundo o grau de gravidade verificou-se que 13% dos casos eram ligeiros (tendo-se efectuado tratamento em ambulatório, seguido com alta para o domicílio); 38% dos casos apresentava gravidade moderada, (tendo os utentes permanecido em observação nos Serviços

de Urgência e posteriormente referenciados para Consulta Externa de Psiquiatria, após alta); 30% casos tratava-se de situações graves (exigiam o internamento do utente em Serviço de Psiquiatria) e por fim 19% casos seriam considerados muito graves (tendo os utentes ficado internados em unidades de Cuidados Intensivos devido ao potencial risco de vida).

Tendo em conta os factores de risco associados a comportamento suicida não-fatal, Josefa Costa verificou serem os indivíduos com consumos abusivos de álcool (sendo muitas vezes utilizado como ansiolítico) quem mais atentava contra a vida (85%), 70% tratava-se de utentes que praticavam a tentativa de suicídio pela primeira vez; 64% apresentava co-morbilidade (30% com tentativa anterior; 30% apresentava ideação suicida; 30% com comportamento parassuicida; 15% com problemática familiar) e 6% tratava-se de indivíduos com história de toxicodependência. Quando a investigadora pesquisou, quais os métodos mais utilizados pelos utentes, verificou que 38 casos (81%) ocorreram devido à ingestão de medicação (em ambos os sexos); seguido pela intoxicação de organofosforados (13%) e 6% em acidente de viação.

Santos, Saraiva e Sousa (2004), realizaram um trabalho de investigação, sobre o “Auto-conceito e comportamentos parassuicidários”. No referido estudo, os investigadores fizeram uma comparação entre o auto-conceito, em 35 jovens (sendo 29 do género feminino e 6 do género masculino), com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, que tivessem tido pelo menos um comportamento parassuicidário havendo necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência de um dos dois hospitais centrais de Coimbra. Os utentes eram residentes no concelho de Coimbra, ou concelhos limítrofes, tendo as situações ocorridas no período de 15 de Setembro de 2003 a 31 de Março de 2004 e, um grupo de controlo com idades, género e área de residência semelhantes.

A esses jovens foi aplicado um teste (*teste t* e Anova, para diferença de médias e o Scheffe para análise *post hoc*). O referido teste, deveria ser preenchido nas primeiras 24 horas após o comportamento suicidário, se a situação clínica o permitisse. Caso contrário, seria aplicado durante a primeira semana após ter praticado o acto. É de salientar que os investigadores recorreram a outros instrumentos de colheita de dados, tais como o Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986b), a Entrevista de Avaliação de Comportamentos Suicidários (Saraiva, 1999), entre outros. Neste estudo, os investigadores chegaram à conclusão que cerca de 95,7% da amostra era solteira, havendo 2

divorciados e 1 casada. A maioria era natural de Coimbra, sendo 60% estudantes, 28,6% trabalhadores e 11,4% desempregados. Relativamente a habilitações literárias, 31,4% tinha habilitação superior ao 12º ano, 28,6% tinha entre o 9º e o 12º ano, 22,9% tinha habilitação inferior ao 9º ano e 17,1% tinha o 9º ano.

Após o estudo verificaram que 54,3% dos indivíduos apresentou um comportamento parassuicidário, enquanto 25,7% apresentou um segundo comportamento, havendo 20% que cometeram mais de dois comportamentos. Relativamente ao método utilizado, verificaram que 88,6% praticou o acto recorrendo à ingestão medicamentosa, nomeadamente psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos). Após a aplicação e comparação dos testes anteriormente mencionados à amostra e ao grupo de controlo, sem comportamento parassuicidário, verificaram diferenças significativas, relativamente ao auto-conceito, sendo este mais elevado no grupo de controlo.

Embora em termos estatísticos o referido estudo não apresente diferenças significativas relativamente ao género e à idade, poderá dizer-se que de forma global, os indivíduos do género masculino apresentam valores mais elevados de auto-conceito, sendo a faixa etária dos 20-24 anos a que mais predomina.

Assim, neste estudo, os investigadores chegaram à conclusão que tal como referia Saraiva (1999) e Santos (2000), as características do indivíduo que teria mais tendência a ter um comportamento parassuicidário seria o do género feminino, solteira, estudante, recorrendo maioritariamente à intoxicação medicamentosa. Relativamente ao auto-conceito e tal como já verificado por outros investigadores (Saraiva, 1999; Hawton et al, 2002; Groholt, 2000; entre outros) o auto-conceito é mais elevado no grupo de controlo, onde existe um maior domínio de sentimentos de aceitação/rejeição social do que nos parassuicidas atendendo a estes terem um auto-conceito muito pobre.

Tendo em conta as variáveis idade e género e tal como Kienhorst, et al (1990) tinha já referido, não se encontraram diferenças significativas. Assim, este estudo reforça que o auto-conceito é um factor que deve ser tido em consideração quando se tratam utentes com comportamentos parassuicidários.

2.3. Problemáticas Socioculturais

Um dos principais interesses de Durkheim foi demonstrar até que ponto o suicídio é um fenómeno social e até que ponto é possível estudá-lo e apreendê-lo a partir da compreensão da própria sociedade. Assim, este autor foi o primeiro a realizar estudos sobre a morte violenta associada ao suicídio. A teoria sociológica defendida por Durkheim há mais de 100 anos, referia-se aos efeitos prejudiciais que a Sociedade poderia exercer sobre o indivíduo. Os comportamentos suicidários bem como o suicídio representavam um problema de toda a sociedade e, dependendo do nível de integração social do indivíduo a essa mesma sociedade, poderia apresentar ou não, um comportamento suicidário. Assim, Durkheim afirmava não serem os indivíduos que se suicidam mas sim a sociedade, por meio deste.

Émile Durkheim (1897) dividiu o suicídio em categorias, tendo em conta o facto de o indivíduo estar mais ou menos integrado no funcionamento social: egoísta; altruísta; anómico e fatalista.

O Suicídio Egoísta é aquele onde se verifica uma fraca integração do indivíduo ao grupo ou sociedade onde está inserido, ou seja, consiste numa falha na integração, há uma individualização excessiva com o meio social: o que há de social no indivíduo fica desprovido de qualquer fundamento objectivo. Verifica-se um aumento do risco de suicídio, em indivíduos solteiros e divorciados em relação aos casados. Os indivíduos com filhos estão mais protegidos contra o suicídio.

Suicídio Altruísta é aquele que ocorre em indivíduos que estão excessivamente integrados num determinado grupo (militares, guerrilheiros, terroristas, entre outros) sendo sobrepostos pelo colectivo, sacrificando as suas vidas em atentados suicidas, ou seja, o indivíduo sente-se coagido a tomar tal atitude e há um certo heroísmo que a sociedade espera dele. O suicídio altruísta seria retratado no século XX, nos pilotos kamikaze ou nos bombistas suicidas.

O Suicídio Anómico, é o que acontece quando a integração do indivíduo na sociedade é perturbada. Anomia associa-se a mudanças drásticas da condição sócio-económica de um indivíduo, tornando-o mais vulnerável ao suicídio em relação à condição anterior. É de salientar que segundo Durkheim, as sociedades modernas estariam “doentes” por causa da rápida industrialização a que foram submetidas. Assim, o suicídio anómico será aquele mais frequentemente praticado nas sociedades modernas sendo resultante de regulações morais insuficientes. Ou seja, seria aquele praticado nas situações de desemprego e divórcio. Em pleno século

XXI, a anomia está de novo em voga. Facilmente se consegue compreender que a insatisfação entre as expectativas e a dura realidade política, social e económica são vistas como uma “crise” que atravessa a maioria dos países. Com a perda de esperança aumenta o desespero, associados a alterações dos valores tradicionais tais como: a dissolução dos casamentos, o desemprego, a baixa natalidade, o aumento da criminalidade, violência, entre outros, poderão ser considerados factores que poderão predispor ao suicídio anómico, no nosso século. Nesta perspectiva, o suicídio anómico resulta do desregulamento social, não permitindo assim assegurar as necessidades elementares.

Por último, o Suicídio Fatalista é aquele que ocorre em indivíduos com tendências ao suicídio (escravos, prisioneiros, indivíduos cercados, sem possibilidade de fuga) provocado num ambiente excessivamente regulamentado, que retira a autonomia ao indivíduo.

Durkheim atribuiu ao suicídio a causas externas ou sociais, discutindo exaustivamente este fenómeno enquanto acto social. Segundo este autor, existem duas causas extra-sociais às quais se pode atribuir *a priori*, uma influência sobre a taxa de suicídio, são as disposições orgânico-psíquicas e a natureza do meio físico.

3. O CONTEXTO DO SUICÍDIO E PARASSUICÍDIO

Estudos feitos (Lopes, Barreira & Pires 2001), (Beck e tal; 1990 e Reneson, 1998), referem que a presença de sentimentos de desespero ou falta de esperança, perturbações afectivas, ideias suicidas, história de abuso de álcool ou drogas e factores demográficos como a idade, o sexo e raça poderão potenciar o comportamento suicida.

Todo o comportamento suicidário seja consumado ou não, tem um forte impacto emocional em todas as pessoas envolvidas (família, amigos, entre outros) pois poderão apresentar uma ambivalência de sentimentos que poderão ir desde sentimentos de culpa, vergonha e remorso por não terem conseguido evitar o acto. Como também poderão sentir, em simultâneo, sentimentos de raiva contra aquele que pratica tal acto. Porém, essas pessoas chegam a um determinado momento e tomam consciência que não são nem onipotentes nem onnipresentes, e por isso, o suicídio/parassuicídio a maioria das vezes não poderia ter sido evitado. A tentativa de suicídio tem um impacto similar. No entanto, aqueles que são próximos do indivíduo têm uma oportunidade de tirar um “peso da consciência” podendo dar resposta ao seu pedido de ajuda.

3.1. Identificação do Risco e Dimensões da Personalidade

Antes de toda e qualquer acção, dever-se-á identificar quais os factores de risco para o sofrimento mental e social, que podem ser indutores de pensamentos de suicídio e consequentemente conduzir ao comportamento suicida.

Se algum desses sinais for identificado por: um professor, um director escolar, um técnico de saúde, entre outros, deve ser alertado sobre quais as medidas que devem ser tidas em conta, no sentido de obter uma avaliação da pessoa.

Assim sendo, deve-se identificar o sofrimento e avaliar qualquer mudança súbita ou drástica que afecte o desempenho, a capacidade de atenção/concentração ou o comportamento (falta de interesse nas actividades habituais; baixa rentabilidade escolar ou profissional; diminuição no

esforço/interesse; má conduta na sala de aula/local de trabalho; faltas injustificadas e/ou repetidas; consumo excessivo de cigarros, de bebida alcoólica, ou abuso de drogas; incidentes que envolvam a polícia).

No caso da avaliação de risco ser efectuada na comunidade escolar, a equipe escolar deverá estar atenta ao facto de existirem factores multidimensionais que podem estar na origem do comportamento suicida, tais como:

- Existência de histórias prévias de tentativas de suicídio (pessoas jovens em sofrimento tendem a repetir seus actos);
- Depressão - o seu diagnóstico deverá ser efectuado pelo médico ou psiquiatra. Porém, cabe aos professores, directores das escolas, entre outros, estar atentos atendendo ao facto da depressão poder manifestar-se de diversas formas (baixa auto-estima, sentimentos de desesperança, problemas de concentração e de sono, comportamento impulsivo, comer em demasia ou recusa alimentar, entre outros);
- Identificar situações ambientais negativas e eventos de vida negativos.

De forma geral não é difícil identificar quais as pessoas que estão em sofrimento e que precisam de ajuda. Contudo, saber como reagir e responder de forma adequada a essas pessoas é extremamente difícil, sendo mais difícil ainda quando se trata de crianças ou adolescentes.

Os principais sinais que devem ser procurados na história de vida e no comportamento das pessoas, em risco de suicídio são:

- a) Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos;
- b) História de doença psiquiátrica;
- c) Alcoolismo;
- d) Perturbação da ansiedade/pânico;
- e) Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
- f) Mudança nos hábitos alimentares e de sono;
- g) História prévia de tentativa de suicídio;
- h) Presença de sentimentos de desvalorização pessoal, vergonha, culpa, solidão, impotência;
- i) Perda recente de pessoa significativa por morte, divórcio, separação, entre outras;

- k) Desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, existência de cartas de despedida, entre outros;
- l) Presença de doença física (muitas vezes crónica, limitativa, dolorosa);
- o) Menção repetida a sentimentos e desejos de morte ou suicídio.

José Carlos Santos (2006), realizou um estudo em Portugal, em famílias de jovens parassuicidas tendo identificado os factores de protecção da parte do indivíduo, tais como: Coping; Auto-conceito; Suporte emocional.

A) Coping

O Coping, é um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes. Os comportamentos associados ao coping são classificados como sendo mais flexíveis e adequados à realidade, orientados para o futuro, com derivações conscientes.

Assim, poder-se-á definir Coping como: o conjunto de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais realizados para lidar com as exigências internas ou externas e que são avaliados como excedendo os recursos pessoais para lhes fazer face. Estes esforços, segundo Serra (1999, p.26), podem ser de natureza variada e nem sempre implicam a resolução do problema, pois a eficácia depende não só dos recursos da pessoa, como também do tipo de situação indutora de stress. Podem ainda ser orientados para a resolução directa do problema ou para a atenuação das emoções sentidas, ou para busca de apoio social (Santos, 2006, p.19). Segundo (CIP/ICNP, 2006, p.80), coping pode ser definido como a *“...disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização de aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”*

- Frazão & Sampaio, 2006, referem que usualmente as famílias de jovens parassuicidas, têm tendência a atribuir o comportamento a factores externos não tendo a percepção, que muitas vezes é a relação que estabelece com esses mesmos jovens que está na origem do acto suicida, ou seja, muitas vezes as famílias não têm a percepção que o estabelecimento de trocas de afecto é

essencial ao bem-estar dos seus membros, devendo as mesmas serem estabelecidas de forma clara, verdadeira, sincera.

B) Auto -conceito

As pessoas que têm pensamentos e comportamentos auto-destrutivos revelam um auto-conceito negativo, pessimista e inseguro, manifestando frequentemente atitudes/comportamentos de hostilidade, tristeza e desesperança, que são sentidos como intoleráveis conduzindo muitas vezes a pensamentos de morte, ideação suicida, comportamentos parassuicidas, auto-mutilações e comportamentos suicidários (tentativas de suicídio e suicídio). Além disso, demonstram um pensamento rígido e dicotómico, bem como uma falência das estratégias de resolução de problemas, uma percepção de ausência de controlo sobre os seus próprios problemas e uma atitude de passividade. Todos estes sentimentos devem ser considerados factores de risco para os comportamentos auto-destrutivos, geradores de grande sofrimento. É nos momentos de crise, que a pessoa bem como a família precisam de toda a ajuda que se lhes possa ser facultada, ajuda essa que deverá passar pelo apoio técnico, psicológico e psiquiátrico, para que possam encontrar soluções que não através da MORTE.

Tais situações prendem-se com o facto de nas sociedades actuais as pessoas terem “pouca resistência” a lidar com as frustrações, conflitos, competitividade, entre outros.

O auto-conceito tem sido consensualmente considerado, ao longo do tempo, como um factor determinante para o funcionamento e bem-estar do indivíduo e como tendo um papel central, enquanto regulador e mediador do comportamento, das percepções e das expectativas pessoais (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Segundo Vaz Serra (2001), existem quatro factores importantes para a formação do auto-conceito de um indivíduo:

- O modo como o seu comportamento é julgado pelas pessoas significativas no ambiente onde está inserido;
- O feedback que guarda do seu próprio desempenho;
- A comparação que faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais;

- O julgamento que estabelece ao seu próprio comportamento tendo em conta as regras estabelecidas por um determinado grupo normativo, de natureza religiosa ou política, ao qual se encontre vinculado.

A auto-estima tem a ver com os aspectos avaliativos que um indivíduo elabora a seu próprio respeito, das suas qualidades ou desempenhos, sendo a parte afectiva do auto-conceito (Vaz Serra, 2001). É uma representação cognitiva de si próprio, que resulta de experiências específicas e que controla o processamento da informação e comportamentos posteriores (Fennel, 2000).

Geralmente o indivíduo com baixa auto-estima, segundo Vaz Serra (2001), é aquele que apresenta grandes limitações e perturbações quando lida com determinadas circunstâncias, reagindo mal às frustrações e às críticas, adoptando uma atitude passiva face à vida sentindo-se inferior quando comparado com os outros indivíduos. Por isso, habitualmente atribui os êxitos a factores externos, como a sorte ou o acaso e o fracasso a factores internos, como as aptidões pessoais.

Assim sendo, torna-se cada vez mais necessário investir no desenvolvimento da auto-estima desde cedo, devendo-se:

- Promover a auto-estima a fim de poder lidar adequadamente com as dificuldades/adversidades e situações stressantes, tornando as experiências de vida positivas, aumentando assim a possibilidade de um futuro mais confiante;

- No caso de crianças e adolescentes, estes não devem ser constantemente pressionados para fazerem mais, ou melhor;

- Mais importante que dizer às crianças que são amadas, é elas sentirem o que se lhes está a dizer;

- Mais do que aceites, as crianças devem ser desejadas devendo as mesmas sentir-se especiais só pelo facto de existirem;

- Enquanto a simpatia impede a auto-estima, a empatia reforça-a, pois o julgamento é deixado de lado. Deve-se promover a autonomia e o domínio contribuindo assim para o desenvolvimento de uma auto-estima positiva no início da infância;

- O desenvolvimento da auto-estima nas crianças e nos adolescentes depende dos seus desenvolvimentos físicos, sociais e de habilidades vocacionais;

- Para atingir uma elevada auto-estima, os adolescentes precisam estabelecer uma independência definitiva da família e colegas; capacidade de se

relacionar com o sexo oposto; preparar-se para uma ocupação que lhe dê sustento; e estabelecer uma filosofia de vida significativa e praticável.

Além dos aspectos anteriormente mencionados, deve-se atender à existência de factores de protecção que acabam por proteger e habilitar o indivíduo a lidar com as situações que lhe provocam angústia, stress, entre outras. Assim, pode-se afirmar que os factores de protecção podem ser encontrados a vários níveis como:

- Padrões familiares (bom relacionamento entre os familiares; apoio familiar);
- Personalidade e estilo cognitivo (boas habilidades/relações sociais; confiança em si mesmo; capacidade de procurar ajuda quando surgem dificuldades; capacidade de procurar conselhos quando decisões importantes devem ser tomadas; estar receptivo aos conselhos e às soluções propostas por outras pessoas mais experientes; estar receptivo ao conhecimento);
- Factores Culturais e Sociodemográficos (boa integração social; bom relacionamento com colegas de escola/trabalho; bom relacionamento com as pessoas que interage).

Quando se fala de factores de protecção, dever-se-á também ter em linha de conta a existência de factores de risco/predisponentes que podem estar na génese com comportamento suicidário, nomeadamente o facto de os homens tenderem a escolher formas mais violentas de pôr termo à vida, enquanto as mulheres tendem a optar por métodos menos letais (intoxicação medicamentosa) acabando por ter maiores probabilidades de serem encontradas ainda com vida, o que torna a intervenção possível.

Vários são os factores e as situações de risco que podem estar na origem do comportamento suicida, as quais se pode destacar: os padrões familiares; os estilos de personalidade e cognitivos; os transtornos psiquiátricos; as histórias de tentativas prévias de suicídio; a presença de eventos de vida negativos e a migração.

Os padrões familiares eventos da vida (psicopatologia dos pais como transtornos afectivos; abuso no consumo de álcool e outras substâncias; comportamento anti-social na família; história de tentativa de suicídio na família; abuso de violência doméstica; discussões frequentes causadoras de momentos de

tensão e agressão; divórcio/separação ou morte de um ente querido; autoridade excessiva ou inadequada dos pais ou cuidadores; rigidez familiar; entre outros);

Os estilos de personalidade e cognitivos (humor instável, comportamento anti-social/manipulativo/agressivo/impulsivo; sentimentos de inferioridade; baixa tolerância a frustrações; entre outros);

Os transtornos psiquiátricos (depressão; ansiedade; abuso de álcool e drogas; transtornos alimentares; transtornos psicóticos);

As tentativas prévias de suicídio (com história de uma tentativa de suicídio ou tentativas recorrentes, com ou sem transtornos psiquiátricos associado);

A presença de eventos de vida negativos (normalmente precedidos de eventos stressantes que por sua vez desencadeiam sentimentos de: abandono e desesperança que poderão induzir a ideação suicida/tentativa de suicídio. A maioria dos que cometem suicídio terá tido acontecimentos stressantes nos três meses anteriores ao comportamento suicida, tais como: problemas familiares; morte de pessoa amada e/ou significativa; término de relacionamento amoroso, entre outros);

A migração (baixo nível socioeconómico e/ou educacional bem como o desemprego na família são factores de risco. A população indígena e a de imigrantes pode fazer parte deste grupo já que passam frequentemente por dificuldades emocionais, linguísticas, culturais, associadas a uma pobre rede de apoio social. Os aspectos culturais podem implicar a pouca participação nas actividades sociais do quotidiano, assim como, com conflitos por diferentes valores atendendo a cada pessoa individualmente ser influenciada por tradições culturais colectivas. No caso de crianças e adolescentes que carecem de raízes culturais têm significativos problemas de identidade e falta de modelo para a resolução dos conflitos. Em algumas situações stressantes, podem mesmo recorrer a um comportamento autodestrutivo, como tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

Perante situações de comportamento suicidário, alguns técnicos de saúde poderão sentir-se ansiosos ou mal preparados para trabalhar com estes utentes. Assim, é de extrema importância que os referidos técnicos de saúde desenvolvam competências de aconselhamento eficazes para lidar com esta população. A informação, a formação e a experiência de intervenção em crises suicidárias contribuem para aumentar a competência do técnico de saúde. A formação deve

incluir o reforço da capacidade para tolerar os sentimentos intensos de outros, a redução das reacções de defesa e da passividade do técnico de saúde e a superação de questões de sofrimento. Além disto, estar consciente dos factores bem como das situações de risco, são actividades essenciais para o técnico de saúde resolver.

Relativamente ao estado mental dos suicidas não há conformidade entre os vários autores. Contudo, a maioria defende que quem atenta contra a própria vida é porque não está no seu perfeito juízo, indo de encontro ao instinto da conservação.

Pessoas com comportamentos suicidários apresentam características particulares do estado das suas mentes, nomeadamente:

- Ambivalência - O desejo de viver e o desejo de morrer competem entre si, pois há urgência em sair da dor que se vive, em oposição com o desejo de viver. Muitas pessoas suicidas não querem realmente morrer - é somente porque elas estão infelizes com a vida. Se o desejo de viver predominar sobre o desejo de morrer e se a pessoa tiver apoio emocional, o risco de suicídio diminui.

- Impulsividade - Aceitando o facto do suicídio ser considerado também um acto impulsivo, tal como todo e qualquer acto impulsivo, é transitório podendo durar de alguns minutos a algumas horas. Por isso é necessário o profissional de saúde “ganhar” tempo, no sentido de acalmar a crise, atendendo ao facto de que o impulso muitas vezes é motivado por eventos negativos do quotidiano.

- Rigidez - Quando as pessoas têm tendências suicidas, os seus pensamentos, os seus sentimentos e as suas acções estão constritos, ou seja, as pessoas pensam constantemente sobre o suicídio como sendo a única solução para os seus problemas, não sendo capazes de perceber ou pôr a hipótese de haver outras maneiras de solucionar o problema. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotómica: tudo ou nada. Elas pensam rígida e drasticamente (“O único caminho é a morte”; “Não há mais nada o que fazer”).

A maioria das pessoas com comportamentos suicidários comunica os seus pensamentos, as suas intenções e, frequentemente, dão sinais ou fazem comentários sobre os seus sentimentos (tristeza, solidão, desamparo, desesperança, auto-desvalorização) e pensamentos de “querer morrer” (“Eu preferia estar morto”, “Eu não posso fazer nada”, “Os outros vão ser mais felizes sem mim”). É de salientar que todos os pedidos de ajuda devem ser valorizados.

3.2. Distúrbios Psiquiátricos Associados

Segundo Peixoto e colaboradores (2006) existem vários factores de risco para o comportamento suicidário, nomeadamente quando há antecedentes de doença psiquiátrica ou de tentativa de suicídio, no próprio ou na família.

Um estudo realizado pelos autores anteriormente mencionados, a utentes que realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio, chegou à conclusão que 32% dos utentes que apresentavam ideação suicida, possuíam antecedentes de tentativa de suicídio na família. Vários estudos que analisaram famílias com história de suicídio e tentativa de suicídio, permitiram associar o aumento da vulnerabilidade para o comportamento suicidário nos elementos dessa mesma família (Brent et al., 2002; Cheng et al., 2000, cit in Peixoto et al., 2006). O contexto familiar desempenha assim, um papel determinante na vida de cada indivíduo, pelo que a sua relevância no fenómeno do suicídio deve ser considerado, embora associado a outros elementos igualmente importantes.

Roy e colaboradores (1991, cit. in Peixoto et al., 2006) demonstraram que factores genéticos ou familiares podem contribuir para o aumento do risco de suicídio. Seguindo a mesma lógica, Friedmann (1984, cit. in Silva, 2002a, p.43), acredita que os comportamentos suicidas de uma geração poderão influenciar as seguintes, afirmando que *“a doença crónica da família, por exemplo depressão do pai, como o comportamento suicidário, pode afectar mais tarde o jovem”*.

Estudos realizados em vários países, revelam que independentemente do nível de desenvolvimento dos mesmos, a maioria das pessoas que cometem suicídio tem um transtorno mental diagnosticado. Além disso, o comportamento suicida é mais frequentemente verificável em utentes psiquiátricos. Os grupos onde se verificam maiores índices de comportamento suicidário e por ordem decrescente de risco são:

- Depressão (todas as formas);
- Transtorno de personalidade (anti-social e borderline com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor);
- Alcoolismo (e/ou abuso de substâncias em adolescentes);
- Esquizofrenia;
- Transtorno mental orgânico.

Apesar da maioria das pessoas com risco de suicídio apresentarem transtorno mental associado, a maioria não procura a ajuda de um profissional de

saúde mental, mesmo em países desenvolvidos, daí ser de extrema importância o papel das equipas de atenção primária para que contribuam no despiste e, consequente encaminhamento de situações críticas.

Segundo vários estudos de investigação realizados em Los Angeles e transpondo para países e culturas diferentes, permitiram concluir que a existência de patologia psiquiátrica está presente em cerca de 90% dos casos e a depressão em mais de 50% das vítimas (Saraiva, 2006, p.159).

Doença Afectiva

O alcoolismo, a esquizofrenia, as perturbações mentais orgânicas e outros diagnósticos psiquiátricos parecem estar relacionados com o acto suicida. Porém, a depressão (geralmente a depressão maior) é o diagnóstico mais comum em suicídios consumados (cerca de 50%). Não é rara a vez que as pessoas se sentem frustradas, stressadas, angustiadas, porém, esses sentimentos não persistem de forma contínua. Caso sentimentos manifestados por solidão, tristeza e instabilidade estejam persistentemente presentes na vida da pessoa, acabam por interferir na sua vida normal podendo desta forma desencadear um transtorno depressivo. Alguns dos sintomas mais comuns em quadros de depressão são:

- Sentimentos de tristeza a maior parte do tempo;
 - Perder o interesse em desenvolver actividades diárias;
 - Perder peso (quando não em dieta) ou ganhar peso;
 - Dormir demais ou insónia (mais frequentemente intermédia ou final);
 - Sentir-se cansado e fraco o tempo todo (anedonia);
 - Sentimentos avassaladores de inutilidade, culpa e desesperança;
 - Sentir-se irritado e cansado o tempo todo;
 - Sentir dificuldades de concentração, na tomada de decisões ou em lembrar-se das coisas;
 - Ter pensamentos frequentes de morte e suicídio.

A depressão pode ser tratada, podendo o suicídio ser prevenido.

Abuso de Substâncias

O abuso de substâncias e, mais especificamente, o alcoolismo aumenta o risco de comportamento suicidário.

As circunstâncias, eventos de vida traumatizantes como a perda de um ente querido, a dissolução do casamento através do divórcio ou uma separação litigiosa, os problemas económicos ou financeiros, entre outros, são eventos comuns que muitas vezes antecedem o suicídio num alcoólico.

As pessoas que cometem o suicídio e que têm problemas relacionados com o álcool são preferencialmente as que:

- Iniciaram o consumo de álcool em idade precoce, bebendo grandes quantidades, intensamente e durante um longo período de tempo;
- Provêm muitas vezes de famílias alcoólicas;
- Têm uma saúde física debilitada;
- Sentem-se deprimidas;
- Têm vidas pessoais perturbadas e desorganizadas;
- Sofreram uma perda interpessoal recente, como separação da mulher e/ou família, divórcio ou perda da pessoa amada;
- Têm um desempenho limitado no trabalho.

O abuso de substâncias químicas (drogas/álcool/entre outras) quando associadas a quadros depressivos, aumenta de forma exorbitante o risco para o comportamento suicida, sendo cada vez mais verificado esta associação na adolescência.

Esquizofrenia

Um utente com uma depressão psicótica apresenta um risco aumentado para o suicídio, quando comparado com um utente depressivo não-psicótico. O utente esquizofrénico, com francas alucinações, tem uma taxa de menor incidência de morte por suicídio do que o utente esquizofrénico que está na fase depressiva, em recuperação de uma exacerbação da doença esquizofrénica.

Estudos realizados por Roy (1982) documentam que a maior taxa de suicídio, nesta população em particular, está com os homens jovens, desempregados e nos primeiros estágios de suas doenças, principalmente nos primeiros 4 anos (Waltzer, 1984) devido essencialmente à presença de sintomas positivos (delírios e alucinações auditivas, algumas imperativas de auto aniquilação). Um curso clínico de esquizofrenia, marcado pela frequente exacerbação e remissão, aumenta o risco, especialmente em períodos vulneráveis. As mudanças no curso clínico, com um período de melhora clínica após uma

recaída, também formam um período particularmente vulnerável. Esses utentes tendem a experimentar uma severa deterioração funcional e, contudo, manter uma consciência basicamente não delirante da fase crónica da sua doença.

Transtornos de Personalidade

Este tipo de transtorno influencia no modo como o indivíduo vê o mundo, a maneira como expressa as emoções e o comportamento social. Caracteriza-se por um estilo de vida mal adaptado, inflexível e prejudicial para si próprio e/ou para com os que com ele convivem.

Na classificação da OMS (CID.10), o distúrbio da Personalidade está incluído no capítulo dos Transtornos de Personalidade Emocionalmente Instável. Este transtorno subdivide-se em 2 tipos: Impulsivo e Borderline.

- O tipo Impulsivo: é sinónimo do que se conhece por Transtorno Explosivo e Agressivo da Personalidade, em que há uma tendência marcante a agir de forma impulsiva, não tendo em consideração as consequências, quando associado a uma acentuada instabilidade afectiva/emocional e à falta de controlo de impulsos. Para estas pessoas a capacidade de planear pode ser mínima, e os acessos de raiva intensa podem com frequência levar a explosões comportamentais e de violência. Essas explosões costumam ser facilmente precipitadas, principalmente quando esses actos impulsivos são criticados ou impedidos por outros.

- No tipo Borderline ou Limítrofe: a instabilidade emocional está associada à impulsividade; há perturbação variável da auto-imagem, dos objectivos e das preferências internas, incluindo a sexual. O utente Borderline refere queixas frequentes de vazio, envolvendo-se frequentemente em relacionamentos intensos mas instáveis, os quais podem causar, nessas pessoas, repetidas crises emocionais. Uma variedade de motivos pode estar presente, incluindo a manipulação deliberada e a raiva inconsciente contra outros indivíduos importantes para o utente. Em termos diagnósticos, os utentes podem reunir os critérios para perturbações da personalidade limítrofe ou anti-social, ou o comportamento pode coexistir com ideias e comportamentos bizarros (no utente esquizofrénico).

A Classificação Internacional de Doenças (CID 10) indica também que são utentes que se esforçam excessivamente para evitar o abandono, podendo haver quanto a isso, uma série de ameaças de suicídio ou actos de auto-lesão.

Segundo o DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais) da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, o Transtorno da Personalidade Borderline é um padrão comportamental de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na auto-imagem e nos afectos. Há uma acentuada impulsividade, a qual começa no início da idade adulta e persiste indefinidamente.

O suicídio completado nestes utentes costuma ocorrer entre 8 a 10%.

Outros Distúrbios Associados

As perturbações da personalidade também estão associadas ao suicídio, bem como os utentes com perturbação anti-social e os utentes com perturbação histriónica da personalidade pois tendem a fazer tentativas de suicídio não-letais, ou ameaçam suicidar-se fazendo por vezes tentativas de suicídio.

Várias são as doenças de causa orgânica que poderão predispor ao comportamento suicida. As síndromes cerebrais orgânicas parecem também, estar na origem de alguns comportamentos suicidas. A epilepsia, a parésia geral, as lesões cranianas graves, o delirium e a demência também parecem contribuir para o aumento da taxa de suicídio. No utente com um síndrome cerebral orgânico, um acto suicida pode ser tanto bem planeado, quanto espontâneo e impulsivo.

Tal situação prende-se com o facto de muitas dessas doenças terem um mau prognóstico, por provocarem sérias limitações físicas e dor constante. Dentro das doenças orgânicas há a destacar: as doenças neurológicas; o trauma medular ou craniano; os acidentes vasculares cerebrais; as doenças oncológicas; as doenças imunodepressoras: HIV/SIDA e as doenças crónicas como a diabetes, a esclerose múltipla, as doenças renais crónicas, as doenças osteoarticulares (causadoras de dor crónica, doenças sexuais, entre outras).

4. SUICÍDIO E PARASSUICÍDIO: QUE INTERVENÇÃO?

A grande maioria das vítimas por tentativa de suicídio requer intervenções a nível hospitalar, nos serviços de urgência, emergência ou cirurgia, no sentido de serem prestados os primeiros socorros a lesões resultantes da tentativa de suicídio tais como: feridas, fracturas e intoxicações. Muitas vezes, a implementação dos suportes avançados de vida faz a diferença entre salvar, ou não, uma vítima de tentativa de suicídio.

É de extrema importância avaliar o nível de consciência do utente, no sentido de saber até que ponto este poderá estar colaborante a facultar informações. Caso o nível de consciência não permita (EX: coma) é fundamental obter informação através do diálogo com acompanhantes ou familiares do utente.

Em virtude dos cuidados de saúde serem prestados por equipas multidisciplinares e, após a prestação de cuidados dos profissionais de saúde dos serviços de urgência/emergência, poderá haver necessidade de transferir os utentes para serviços mais especializados, onde poderão obter a colaboração de outros técnicos de saúde (assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros, entre outros). Estes, por sua vez, poderão através de uma entrevista detalhada, obter informação que possa ajudar na avaliação de risco, avaliando assim a possibilidade do indivíduo repetir a tentativa de suicídio no futuro.

Também será possível, através dessa entrevista, avaliar e identificar outros factores importantes, tais como: a capacidade laboral do utente; a capacidade que o indivíduo tem na resolução de problemas; qual o suporte familiar e que tipo de relação existe entre os membros da família; conhecer quais os conflitos existentes bem como os factores que possam estar na origem do comportamento; entre outros. Ao longo da entrevista, os níveis de angústia, ansiedade e sofrimento pessoal do utente vão diminuindo, uma vez que ele pode encarar a entrevista como uma forma de “desabafo”.

A decisão de internamento, ou não, nem sempre é fácil, podendo muitas vezes significar a sobrevivência do próprio utente. Embora o tratamento em ambulatório não seja tão traumático para o utente como o internamento, o profissional de saúde deverá evitar, tanto quanto possível, correr o risco de errar na sua tomada de decisão.

A decisão de internar o utente deverá atender a alguns critérios: se o utente não colaborar; se o objectivo for retirar o utente do meio onde está inserido e que esteja a ser o factor predisponente do comportamento suicidário; quando se trata de um utente psicótico que evidencie a presença de actividade alucinatória ou delirante e que persista com a ideação suicida; utente com falta de retaguarda familiar ou proveniente de família constituída por deficientes mentais graves ou idosos; quando o utente mantém ideação suicida após intervenção junto dele e familiares ou quando o utente apresenta várias tentativas anteriores de suicídio ou em escalada.

Se as situações anteriores estiverem excluídas, o profissional de saúde poderá efectuar com o utente e respectiva família (caso o utente concorde em que esta seja envolvida no processo de recuperação) um “contrato”, “um pacto” (verbal ou escrito) responsabilizando-os e incentivando-os a frequentar as consultas com regularidade; a aderir de forma adequada à terapêutica e, caso verifique algum agravamento do quadro clínico, contactar via telefone ou presencial o profissional de saúde, que deve estar disponível sempre que solicitado. É da responsabilidade do profissional e família manter o utente sob vigilância, afastando-o de situações ou meios que possam constituir perigo. Deve-se oferecer ao utente outras alternativas que não o suicídio e a família deve estar tanto quanto possível envolvida neste processo de recuperação, não devendo contudo o utente deixar de ter a sua autonomia.

Após a prestação de cuidados imediatos, no Serviço de Urgência, e após a decisão de internar o utente com problemática suicidária, este é encaminhado para o serviço de internamento de psiquiatria, onde permanecerá durante um período de tempo indeterminado. É no internamento que o enfermeiro tem possibilidade de estabelecer de forma mais próxima uma relação directa com o utente. Contudo, deverá estar habilitado para colocar em prática intervenções que possam ajudar na recuperação/reabilitação do utente ajudando-o a ultrapassar a situação actual, devendo também ajudá-lo na reestruturação cognitiva a fim de evitar recaídas futuras, uma vez que o risco de tentativas repetidas de suicídio é maior no primeiro ano após a última tentativa.

4.1. A Abordagem ao Utente

No serviço de internamento, os enfermeiros têm de estar preparados para numa situação de crise e, o suicídio é claramente uma situação de crise, raciocinar de forma lúcida, actuar de forma profissional e manter sempre a calma são características básicas que o enfermeiro deve possuir.

Quando o utente é admitido no serviço de internamento, o primeiro contacto do profissional de saúde com o utente, com comportamento parassuicidário, é de extrema importância. Assim:

A) É de primordial importância encontrar-se um local adequado, de forma a ser possível estabelecer-se uma conversa tranquila onde seja privilegiada a privacidade do utente;

B) Posteriormente, há que disponibilizar o tempo necessário, pois pessoas com ideação suicida habitualmente precisam de mais tempo para expressarem os seus sentimentos, as suas emoções, sendo assim necessário mostrar toda a atenção e disponibilidade;

C) Mais do que ouvir o enfermeiro deve saber escutar o utente, para que este perceba que o profissional de saúde está ali para o ajudar e não para o julgar. A relação estabelecida entre ambos deve ter por base a confiança, promovendo desta forma a partilha de informação que deve ser veiculada de forma livre e espontânea, reduzindo assim os níveis de angústia e desespero ao mesmo tempo que o profissional vai conseguindo ajudar na construção de pensamentos positivos de que a situação vai melhorar, explorando outras “saídas” para sair do problema que não através do suicídio. O enfermeiro deverá manter o processo de aconselhamento focado no momento e na situação actual, sem contudo, fazer julgamentos, emitir opiniões, juízos de valor ou fazer promessas que não possam ser cumpridas (EX: “vai correr tudo bem”). Porém, o enfermeiro não deverá NUNCA subestimar ou desvalorizar as preocupações manifestadas pelo utente; colocar o utente numa situação de inferioridade; fazer questões indiscretas; nem fazer com que o problema pareça trivial.

Assim, quando o enfermeiro está perante um utente com comportamento parassuicidário, deve ter uma abordagem que facilite a comunicação. Por isso, deverá agir com calma, abertura, sinceridade, manifestar sentimentos ou expressões de aceitação e de não -julgamento (expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa) e de forma empática (entender os sentimentos da pessoa). Por

isso, deve-se ter em conta quatro princípios fundamentais: ouvir com cordialidade; tratar com respeito; mostrar empatia e atender ao sigilo.

A relação que se estabelece, neste momento, vai permitir ao enfermeiro obter conhecimentos sobre se o utente tem história prévia de tentativas anteriores de suicídio, bem como avaliar o grau de risco que o utente apresenta. Se o risco é grande é imperioso o enfermeiro actuar de forma a:

- Evitar deixar o utente só;
- Vigiar com frequência o utente (mesmo no período da noite);
- Colocar em prática altos níveis de observação e de comunicação;
- Remover objectos potencialmente perigosos (tesouras, lâminas, cintos, espelhos, entre outros);
- Promover e vigiar a adesão ao regime terapêutico.

Um utente em crise pode funcionar melhor após receber leve sedação, principalmente se o sono estiver perturbado.

Existem psicofármacos com acção sobre alguns aspectos das perturbações da personalidade, como a impulsividade, irritabilidade, agressividade, entre outros.

Informação bibliográfica menciona que se torna de extrema importância a medicação ser indicada e manuseada por pessoal habilitado. Para tal, é necessário ter conhecimento da dosagem, efeitos secundários, bem como conhecimento de possíveis interacções medicamentosas tendo em conta as condições físicas do utente (peso, altura, idade, condições físicas).

Os antidepressivos são o tratamento definitivo para muitos utentes que apresentam ideias suicidas. Contudo, não é na sala de emergência que o utente inicia o tratamento com esta medicação. Atendendo a tratar-se de uma medicação cujo pico de actuação poderá demorar de alguns dias a semanas (cerca de 15 dias), após ter sido iniciada, é de extrema importância os enfermeiros reforçarem a vigilância uma vez que a própria medicação poderá ajudar o utente a ter “mais força” de forma a praticar o acto suicida, caso ainda mantenha a ideação.

Podendo ser considerada a administração de benzodiazepinas em utentes com comportamento parassuicidário, estas devem ser utilizadas com prudência em utentes hostis, pois poderão aumentar a irritabilidade do próprio utente, sendo este muitas vezes um factor de risco para o suicídio.

Em situações mais graves, tratamentos como a eletroconvulsoterapia (ECT) podem ser tidos em conta, tornando-se um tratamento eficaz e seguro para diversos quadros psiquiátricos com risco de suicídio.

Situações onde se verifique que o risco de suicídio está diminuído, poderão considerar-se como medidas terapêuticas, o recurso a psicoterapias (ao utente, devendo ser envolvida a família).

O tratamento domiciliário só poderá ser ponderado, se o risco de suicídio for extremamente baixo. Nesta situação é importante tomarem-se algumas medidas, onde a família/amigos devem ser envolvidos, uma vez que a vigilância, a supervisão bem como o suporte do utente será assegurado por eles. Quando o tratamento é feito a nível domiciliário, a família tem uma grande pressão sobre si, pois sente grande responsabilidade caso algo corra mal. Para que a família não se sinta desprotegida, sem apoio, desamparada é importante que a mesma continue a ser apoiada pelos profissionais na resolução de problemas e dificuldades.

Cabe também aos profissionais alertar os familiares/amigos sobre quais as atitudes que deverão ter para prevenir uma possível recaída (retirar da casa objectos que possam constituir perigo; evitar locais em altitude e sem protecção; evitar que o utente fique só). Além disso, e no sentido de incutir maior responsabilidade ao utente/família poderá ser estabelecido um “pacto” entre estes e os profissionais, no qual o utente/família se comprometa a contactar os profissionais de saúde (que devem mostrar sempre disponibilidade para serem contactados) antes de recorrer a novo acto de auto-agressão ou se notar que houve um agravamento do quadro clínico, onde as ideias de morte, desespero, desesperança, entre outras, estejam presentes de forma constante a nível do pensamento.

4.2. O Enfermeiro Especialista e as Situações de Internamento

Estando reconhecidas a competência científica, técnica e humana do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP), além dos cuidados gerais de enfermagem, os Enfermeiros Especialistas podem exercer cuidados de enfermagem especializados na área clínica a que estão habilitados. Além disso, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria aprovado

em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010 pela Ordem dos Enfermeiros preconiza essas mesmas competências.

A nível da intervenção, os EEESMP, deverão desenvolver competências no sentido de ajudar a reestruturar cognitivamente o utente parassuicida.

Os comportamentos auto-destrutivos geram, não só um grande sofrimento na pessoa que o pratica, mas também para os seus familiares, que muitas vezes manifestam sentimentos de inutilidade em lidar com a situação e sentimentos de desesperança pois acreditam não haver solução para o problema em causa, necessitando muitas vezes de ajuda especializada. Ajudar os utentes com comportamento suicida bem como as suas famílias, poderá ser uma das formas que os profissionais têm no sentido de ajudar a descobrir e encontrar outras formas de viver que não através da morte.

O EEESMP pode actuar com maior eficácia quando as suas acções se baseiam num modelo que reconhece a presença da saúde ou doença como o resultado de múltiplas características de uma pessoa que interage com os factores ambientais.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental, devendo pois estabelecer uma relação terapêutica com o utente. A sua competência deverá ser avaliada pela forma como consegue implementar as técnicas e os procedimentos segundo os manuais terapêuticos.

Os modelos de interacção bem como os tratamentos/técnicas de intervenção deverão ter em conta as características do próprio utente. Assim, poderão depender: do tipo de técnica; da característica do utente; da aliança terapêutica e da compatibilidade entre utente e a referida técnica de intervenção.

Cabe também ao Enfermeiro Especialista, realizar intervenções ao nível do: treino parental; treino da resolução de problemas; treino de competências sociais; terapia cognitiva -comportamental; terapia Familiar; treino de relaxamento; psico-educação; entre outras.

Não há técnicas/tratamentos mais eficazes uns do que outros pois embora haja alguma semelhança entre eles, estes acabam por se complementar.

Das técnicas que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental a Psiquiatria dispõe, poderá recorrer:

A) As Técnicas de Reestruturação Cognitiva (TRC)

As sessões devem ser efectuadas nos serviços de internamento onde o doente se encontra internado, trazendo grandes benefícios aos utentes com problemática suicidária. As referidas técnicas poderão ser desenvolvidas em dias alternados, devendo o número médio das mesmas ser de 3 sessões. Contudo, o referido número poderá ser ajustado em função do utente que se nos depara, atendendo a haver aspectos que devem ser tidos em conta, tal como: se a técnica é aplicada de forma individual ou em grupo; forma como as mesmas decorrem; como os vários intervenientes conseguem interagir entre si.

A referida técnica é utilizada, uma vez que ajuda o utente a tomar consciência do verdadeiro motivo que esteve na origem da tentativa de suicídio, além de ajudar a compreender que embora haja aspectos negativos na vida, também há coisas positivas, que as pessoas gostam e se preocupam com ela. Além disso, permite ajudar o utente parassuicida a encontrar estratégias para ultrapassar as adversidades da vida ou as situações geradoras de maior stress em situações futuras, ou seja, ajuda o utente a não ter uma visão rígida da situação ajudando-o a encontrar alternativas no sentido de ultrapassar as situações.

Quando as sessões são desenvolvidas em grupo, têm como principais objectivos: contribuir para a mudança de comportamentos; prevenir comportamentos de auto-agressão; evitar recaídas através da repetição de novas tentativas de suicídio; proporcionar um ambiente positivo de forma a facilitar o plano terapêutico.

B) As Terapias cognitivo-comportamentais, terapia comportamental dialéctica, terapia psicodinâmica e aconselhamento familiar, são elementos úteis no processo terapêutico de utentes com comportamentos suicidários. Estas terapias têm um importante contributo na recuperação do utente, uma vez que, incluem apoio para o utente enfrentar as emoções intensas e confrontar comportamentos auto-destrutivos, ao mesmo tempo que encoraja a autonomia pessoal. Reconhecer e superar sentimentos de desamparo, de falta de esperança e de desespero, bem como desenvolver o auto-conhecimento e construir uma identidade pessoal positiva também são elementos essenciais para o processo de aconselhamento de indivíduos suicidas.

A nível de intervenção terapêutica, a mais comum será a terapia cognitivo-comportamental e interpessoal bem como o psicodrama (em alguns casos).

O tipo de terapia pode incluir terapia individual, de grupo ou familiar e, possivelmente, todos eles. A auto-estima e os métodos alternativos para lidar com a dor emocional devem ser discutidos e praticados pelo utente. Os familiares e outras pessoas significativas podem ter de reformular a relação e o tipo de comunicação. A honestidade é enfatizada como uma importante base para a cura.

Dever-se-á também dar oportunidade ao indivíduo potencialmente suicida para que expresse os seus sentimentos, angústias, frustrações, preocupações a fim de ajudar a “esvaziar” a situação de crise. Os técnicos de saúde não deverão apenas depender da comunicação verbal, pois a falta de referência ou a negação da ideação suicida podem mascarar a verdadeira intenção suicida. Apoio imparcial, ouvir atentamente, e fazer questões relevantes e reveladoras, podem ajudar a identificar quais as mensagens que o indivíduo suicida está a tentar transmitir.

C) O fundamento teórico da Terapia Comportamental Dialéctica (TCD) tem por base o Behaviorismo com elementos do Cognitivismo. Além disso, a Terapia Comportamental Dialéctica tende a ser bastante directa e procura abordar e confrontar o indivíduo, numa sessão semanal, sobre os conteúdos que se venham a apresentar. A prioridade é dada aos comportamentos suicidas e autodestrutivos, e depois a comportamentos que interfiram com a própria terapia. A seguir vêm assuntos ligados à qualidade de vida e à sua melhora. Muitas vezes os utentes tratados pela TCD têm boa compreensão teórica das perícias interpessoais, mas precisam de treino para se acostumarem a aplicá-la na sua vida diária.

4.3. Prevenção, Ajuda e Minimização de Riscos

Segundo o estudo realizado pela OMS (2006), “(...) O primeiro passo na prevenção do suicídio é invariavelmente estabelecer uma comunicação com confiança. Durante o desenvolvimento do processo de suicídio, a comunicação mútua entre jovens suicidas e aqueles ao seu redor é de crucial importância. (...) Escolas precisam ter um plano de emergência sobre como informar os funcionários, especialmente os professores, e também os colegas mais próximos e pais, quando a tentativa de suicídio ou o suicídio ocorre na escola, o objectivo e prevenir uma leva de suicídios. O efeito contagioso resultante de uma criança ou

adolescente suicida é a tendência que eles têm em se identificar com soluções destrutivas adoptadas por pessoas que tentaram ou cometeram suicídio”.

Qualquer acto ou ameaça suicida não deve NUNCA ser ignorado, atendendo a que cerca de 20% das pessoas que tentam o suicídio, repetem a intenção ao fim de cerca de um ano. Todas as pessoas que apresentam problemática suicidária devem ser tratadas, uma vez que cerca de 10% de todas as tentativas de suicídio são mortais.

A melhor esperança para a prevenção do suicídio está na detecção precoce e no tratamento das perturbações psiquiátricas.

Nos últimos anos, várias foram as avaliações efectuadas sobre o impacto das estratégias de prevenção, tornando desta forma possível elaborar um conjunto de evidências na literatura científica sobre quais que se têm mostrado eficazes e exequíveis (Mann et al., 2005). Assim, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004; 2005) lançou algumas recomendações para a prevenção do suicídio:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (EX: armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a recolha de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registos estatísticos;
- Providenciar treino para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (*gatekeepers*) e que entram primeiro em contacto com indivíduos sob risco de suicídio.

Qualquer plano de prevenção do suicídio, onde os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria estejam inseridos, deverá intervir aos quatro níveis (Saraiva, 2006, p.241): comunidade; saúde; escola e política social. Assim, deve-se considerar a prevenção aos quatro níveis: primária, secundária, terciária e quaternária.

A) 1º Nível de intervenção (primária)

Para que se consiga melhorar o diagnóstico e o tratamento pelos profissionais de saúde, é necessário que os profissionais de cuidados de saúde primários estejam mais sensibilizados para as questões do suicídio na adolescência. Essa sensibilização, deverá passar por expandir os seus conhecimentos acerca dos factores predisponentes do comportamento suicidário, tais como: a depressão, o uso de substâncias tóxicas, o comportamento anti-social e comportamentos suicidários anteriores.

Os enfermeiros que exercem funções a este nível, uma vez que se encontram mais próximos das populações, sendo por norma bem aceites por estas, têm maior possibilidade de identificar precocemente grupos de risco (EX: crianças e adolescentes), abordar, manusear e encaminhar uma pessoa com risco de suicídio, para outro serviço de saúde mais indicado, bem como liderar, executar e avaliar programas de prevenção dirigidos à comunidade.

A prevenção deve focar-se no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e económicas.

Assim, o enfermeiro funciona como um elo de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde. Os países em desenvolvimento e cujos serviços de saúde mental ainda não estejam bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde, sendo muitas vezes solicitados os seus serviços, antes dos serviços de profissionais mais especializados, nomeadamente os da saúde mental.

Além disso, têm um importante papel na sensibilização e esclarecimento de pessoas próximas do potencial suicida, nomeadamente junto dos pais, educadores, professores, que devem estar atentos às mudanças nos comportamentos dos jovens, tais como: diminuição do rendimento escolar, alterações do sono, actividades lúdicas ligadas à morte (música, livros, filmes),

conversas centradas na temática da morte, entre outros. Todos estes sinais devem ser tidos em conta pois podem ser indicadores que a pessoa está em sofrimento.

Ainda a nível comunitário, poder-se-á verificar a influência que os meios de comunicação social exercem sobre os indivíduos, principalmente os de faixa etária mais jovens, que por norma são mais facilmente influenciáveis.

Desde o início dos anos 80 até à actualidade, com o desenvolvimento das novas redes de telecomunicações, várias foram as mudanças registadas nas sociedades. Estudos realizados (Crepet, 2002, Fernandes, 2000) indicam que os maiores utilizadores são as crianças/adolescentes, a par da terceira idade; daí que existam dados que podem ser interpretados como actos de violência dirigidos contra si próprio, praticados por jovens, podendo ter uma determinada relação com os conteúdos transmitidos pelos meios de comunicação.

Os média poderão também exercer a sua influência sobre os comportamentos suicidários, podendo a sua utilização trazer quer benefícios quer malefícios perante o comportamento suicidário.

Relativamente à Internet, trata-se de um sistema de comunicação que permite interligar sistemas informáticos de todo o mundo, possibilitando a comunicação e a troca de informação de uma forma fácil e rápida, sendo inúmeros os “sites” e “chats” que abordam o suicídio dando sugestões de como o praticar bem como quais os meios que podem ser utilizados. Porém, não se poderá responsabilizar a Internet por todos os comportamentos suicidários, atendendo a que também faculta informação sobre linhas e locais de apoio, bem como informação sobre prevenção do suicídio. Por isso, é importante o indivíduo “munir-se” de estratégias capazes de promoverem as razões de viver e a forma de lidar com a frustração, a angústia, o sofrimento, a desesperança para que a vida possa ser valorizada em detrimento da morte.

A nível preventivo, seria importante que os meios de comunicação social não explorassem de forma sensacionalista notícias sobre problemática suicidária, devendo pois regerem-se pela Regulação da Comunicação Social, de forma a não potenciar o fenómeno de imitação. Mais importante que transmitir de forma sensacionalista notícias sobre o suicídio, seria os meios de comunicação social usarem o poder que exercem sobre as pessoas e esclarecerem, alertarem ou informarem quais os locais ou contactos que o indivíduo poderá dispor em caso de precisar de ajuda. Assim, os média podem desempenhar um papel importante na prevenção do suicídio enquanto fonte de informação acerca do fenómeno do

suicídio, dos factores de risco e da importância da detecção precoce de pessoas em risco. Os média poderão ser eficazes se a mensagem que transmitirem partir de fontes credíveis, clínica e/ou cientificamente conhecedoras da problemática do suicídio.

Em 2000, o Departamento de Saúde Mental da OMS, publicou um conjunto de guias específicos, dirigidos a grupos sociais e profissionais da comunicação social, no que diz respeito ao noticiar casos de suicídio, os média deveriam ter em conta essa mesma regulação e respeitar um conjunto de directrizes da Organização Mundial de Saúde, sobre a forma como transmitem as notícias de forma a evitar ou reduzir os casos de comportamentos suicidários imitativos ou induzidos. Em qualquer caso em que o tema suicídio seja abordado nos média, devem ser referenciados os serviços de apoio e a forma de os contactar.

Um outro aspecto importante seria a existência de legislação mais rígida sobre aquisição e armazenamento de materiais altamente perigosos (Ex: pesticidas), devendo ser aplicadas coimas avultadas em caso de incumprimento.

Deveria haver legislação mais rigorosa na aquisição e porte de arma de fogo, devendo os indivíduos serem sujeitos a exames psicológicos a fim de ser verificada a existência, ou não, de alguma incompatibilidade para a sua aquisição; mesmo indivíduos cuja actividade profissional exija a posse de arma (agentes da PSP e da GNR) deveriam ser sujeitos a tais exames.

A nível preventivo seria também importante investir nos locais altos (falésias, pontes, torres) devendo ser colocadas barreiras de protecção, redes ou outros obstáculos que impedissem o acesso ao local, prevenindo assim a possibilidade de suicídio por precipitação.

A publicidade no sentido de preservar a vida e reforçar os aspectos positivos que esta faculta, em detrimento de sentimentos de morte, seria também um importante contributo, uma vez que iria ajudar os indivíduos a terem mais consciência do acto.

Embora a prevenção se deva focar no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e económicas, deverá encaminhar o utente em risco se este tiver: doença psiquiátrica; história de tentativa anterior de suicídio; história familiar de suicídio, alcoolismo ou doença mental; doença física (crónica); nenhum apoio social.

O técnico de saúde antes de encaminhar o utente para outra instituição deve: disponibilizar tempo para explicar ao utente o motivo de tal encaminhamento; se tiver possibilidade marcar consulta para a instituição onde o utente vai ser encaminhado, ou então, referenciá-lo através de envio de fax, carta; esclarecer à pessoa que o encaminhamento não significa que o profissional de saúde está a “lavar as mãos” em relação ao problema; observar a pessoa após a consulta e manter contacto periódico.

B) 2º Nível de intervenção - Saúde (identificação de grupos de alto risco, prevenção no consumo de álcool e drogas e um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio)

C) 3º Nível de intervenção - Escola (desporto, sinais de alarme, técnicos de saúde mental)

A Escola é considerada um local onde se deve intervir pois, além desta ter a função de fornecer instrução e conhecimento, deverá ser considerada um local de educação cívica, de formação, de socialização, de divertimento, entre outros, deverá ser um local onde os jovens deverão aprender a lidar com “o ganhar” e “o perder” aprendendo desta forma a conviver com as benesses que a vida proporciona bem como com as frustrações e as adversidades. Nas escolas torna-se possível efectuar diversas abordagens no que se refere à prevenção do suicídio: leituras didácticas e reflexões em algumas disciplinas; debates; serviços de atendimento e apoio ao estudante (assistente social, médico, enfermeiro, psicólogo escolar que tivessem competências clínicas com treino de aptidões específicas para lidar com jovens com várias problemáticas: sexualidade, depressão, situações de consumos de droga/álcool, entre outros); programas formativos para os agentes educativos, intervenções dirigidas aos pais e programas de desenvolvimento de competências e campanhas de sensibilização para os adolescentes.

Os programas de educação nas escolas podem ajudar os professores a aprender a como identificar estudantes potencialmente suicidas, e a treinar os estudantes para a consciencialização de como podem ser úteis para os seus colegas com problemas.

D) 4º Nível de intervenção - Política social (luta contra o desemprego, exclusão social, solidão)

A nível da política social, compete ao poder político contribuir para que alguns factores de risco possam ser diminuídos, por ventura eliminados, principalmente os que se prendem com o desemprego, isolamento, exclusão social, pobreza, solidão e falta de apoios médico-sociais. Poderia por exemplo, no sentido de combater o isolamento, aproveitar a existência de edifícios (escolas, centros de dia, juntas de freguesia, igrejas, entre outros), onde fosse possível desenvolver projectos e actividades colectivas, incentivadas por animadores socioculturais que estimulassem e promovessem o sentido gregário e associativo das pessoas.

Ainda a nível da política social, indivíduos com problemas socioeconómicos (desempregados, sem meios de subsistência, com família a seu cargo, com perda de estatuto social), podem desenvolver sentimentos de revolta, desesperança, frustração, sem objectivos de vida, que por sua vez podem estar na origem da ideação suicida.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

Neste capítulo aborda-se qual a metodologia utilizada, descrevem-se os participantes, o instrumento utilizado, os procedimentos usados na recolha e análise de dados e faz-se a apresentação, bem como a discussão dos resultados obtidos.

A fase metodológica corresponde à operacionalização do estudo de forma a permitir que se estude e avalie as diferentes opções do mesmo, indicando os procedimentos para alcançar com maior facilidade um determinado fim: atingir os objectivos e responder de forma válida à questão orientadora.

“(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados”

(Fortin, 1999, p.40)

Este estudo é descritivo porque se insere num contexto exploratório que pretende caracterizar o fenómeno que se propõe estudar. Para a realização deste trabalho optou-se por fazer uma entrevista semi-estruturada, realizada no período compreendido entre o dia 23/05/2011 e o dia 12/06/2011, a Enfermeiros Especialistas/Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E- Porto. Para a concretização das referidas entrevistas foi redigido um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração da instituição onde se iria realizar o estudo de investigação (Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.), referindo os objectivos, procedimentos e expectativas, tendo sido anexo, um exemplar do guião de entrevista semi-estruturada. (Anexo I)

Para a realização das referidas entrevistas recorreu-se à gravação áudio das mesmas, tendo-se colocado as questões de modo natural e descontraído, permitindo assim o desdobramento das perguntas facilitando também ao participante responder de forma fluida, espontânea, recorrendo a expressões e palavras que mais lhe convieram. Porém, houve a necessidade de, por vezes,

orientar as questões devido à existência de alguma divagação por parte do entrevistado.

É de referir que cada entrevista foi efectuada no serviço de internamento onde o participante (Enfermeiro Especialista) exerce funções, tendo a mesma a duração média de 25 minutos e após o consentimento do participante em colaborar neste estudo, o qual preencheu e assinou uma Declaração de Consentimento (ANEXO II), cumprindo assim as normas de ética e deontologia a que está sujeita qualquer investigação.

O motivo pelo qual se optou pela entrevista semi-estruturada, prende-se com o facto de: *“Instaura-se uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências ao passo que, através das suas perguntas abertas e reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o seu interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade”* (Quivy e Campenhoudt 1998, p.192).

1.1. Questões Orientadoras

O tema escolhido prende-se com o facto de, cada vez mais, nas sociedades modernas se registarem taxas mais elevadas de suicídio/tentativa de suicídio, como sublinha a OMS. Trata-se de uma problemática de saúde que como sabemos afecta a espécie humana. Conhecemos, ao longo da história da humanidade, relatos e produtos culturais relacionados com o fenómeno do suicídio. Dados da OMS (2000) indicam que o suicídio aparece geralmente associado a perturbações mentais. Entre estas, a mais comum é a depressão, responsável por 30% dos casos relatados em todo o mundo. Outras doenças mentais como o alcoolismo, a esquizofrenia e o transtorno da personalidade, também são citados como factores predisponentes.

Para formular o problema de investigação foi efectuada, primeiramente, uma revisão bibliográfica sobre o tema que envolve o suicídio/parassuicídio/ideação suicida e comportamento suicidário. Após a recolha de material, surgiu a pergunta de investigação (questão de partida): “Que

dimensões devem os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria considerar na assistência ao utente com motivação suicida”.

Quivy explicita que *“o objectivo da investigação é responder à pergunta de partida”* (Quivy, 2005: 221). Com este propósito foram definidos os objectivos que se pretendiam atingir com a realização do estudo, já que estes desempenham o papel de fio condutor da investigação, a par da questão de partida.

Os objectivos específicos, segundo Marconi e Lakatos, (2003, p.102) *“apresentam um carácter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo (...) atingir o objectivo geral”* e são os seguintes:

- Analisar, na óptica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as motivações expressas pelos utentes com manifestações suicidas;
- Avaliar eventuais mudanças de atitude perante a vida por parte do utente, antes e após o evento;
- Caracterizar as situações clínicas em que se envolveram os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, designadamente através da identificação de mensagens subliminares expressas pelos utentes;
- Identificar oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em matéria de regimes terapêuticos complexos, susceptíveis de melhorar o atendimento do utente com problemáticas suicidárias.

Considerando o carácter geral dos objectivos, surge a necessidade de especificar de uma forma exaustiva o que realmente se pretende com o estudo de investigação, ou seja, o que realmente interessa abordar e retirar aquando da colheita de dados.

Assim, revela-se essencial a definição das questões orientadoras do trabalho, que segundo Fortin (2005: 101) *“decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar.”*

No decorrer deste trabalho de investigação foram surgindo diversas questões que ajudaram a direccionar o trabalho, nomeadamente:

- Quais as intervenções desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no serviço de internamento, de forma a ajudar na reestruturação cognitiva do paciente parassuicida, no sentido de prevenir recaídas futuras?;

- Conhecer qual a percepção que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria têm sobre a frequência, recorrência do comportamento suicidário, bem como qual o género que comete tentativas de maior gravidade;
- Colaborar na constituição de uma matriz de intervenção de natureza cognitiva e comportamental, tendo em vista a optimização de mecanismos de defesa face à ideação suicida;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em matéria de intervenção junto de utentes com manifestações suicidas.

1.2. Opções Metodológicas: método qualitativo

Considerando que a investigação científica é um processo racional, sistemático, rigoroso e crítico, de aquisição de conhecimentos que permitem descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos, factos ou acontecimentos, de forma a solucionar problemáticas ligadas ao nosso quotidiano, e sendo a enfermagem uma profissão em contínuo desenvolvimento que pretende prestar cuidados humanizados e de qualidade, a investigação assume um papel preponderante no reconhecimento da enfermagem como uma ciência e arte de cuidar.

Na fase metodológica “ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados”. (Fortin, 1999, p.40).

Como refere Tavares (1990), a opção metodológica deve ser definida em função dos objectivos estabelecidos. Streubert e Carpenter (2002, p.20) dizem que “a escolha do método depende da questão que está a ser colocada e o que se pretende conhecer é o que determina o método”.

“A pesquisa qualitativa utiliza categorias analíticas para descrever e explicar fenómenos sociais. Estas categorias podem ser indutivamente derivadas, isto é, obtidas gradualmente a partir dos dados, ou usadas dedutivamente, no início ou no decorrer da análise, como forma de abordar os dados” (Pope e Mays, 2005, p.89).

Segundo Oliveira (2000, p.134) e estudo exploratório é caracterizado para dar ênfase *“à descoberta de práticas ou directrizes que precisam modificar-se e na elaboração de alternativas que possam ser substituídas”*.

O método de investigação qualitativo abrange *“a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana”* (Marcus e Liehr, 1998, p. 122). Segundo estes autores, o pesquisador que usa esta abordagem *“acredita que seres humanos únicos atribuem significado a suas experiências e que elas derivam-se do contexto da vida”*. Assim, o objectivo desta abordagem de investigação visa, mais do que avaliar, compreender pois acredita-se que cada experiência pessoal é única e que é impregnada pelo contexto onde a pessoa se insere.

1.3. Participantes do Estudo

Fortin, citando Morse (1991), refere *“(...) é mais pertinente em investigação qualitativa ter uma amostra não probabilística, mais apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja.”* (Fortin, 1999, p.148).

A selecção dos elementos que constituem os participantes do estudo, assume assim um papel preponderante no trabalho de investigação científica, pois deles depende, em grande parte, a consecução dos objectivos propostos inicialmente.

Os participantes deste estudo foram 12 Enfermeiros Especialistas/Especializados, sendo o grupo constituído por 4 indivíduos do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos. Os anos de prática profissional variam entre os 4 e os 20 anos, exercendo actividade profissional na categoria de Enfermeiro Especialista/Especializado entre 1 e 15 anos.

Tendo em conta a escassez de tempo para a elaboração deste trabalho, optou-se por uma amostra de conveniência (*“o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de estudo”* Polit e Hungler, 1995, p. 146), em função da rede de contactos colocada à disposição, bem como da disponibilidade das pessoas que se predispuseram a colaborar na realização do trabalho de investigação e que cumpriam o requisito de ser Enfermeiro Especialista/Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a

exercer funções em serviço de internamento no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

A escolha dos critérios de inclusão resultou de um exercício reflexivo, no que se ponderou a importância neste estudo da formação e experiência específica, determinando desta forma os peritos a integrar o painel. O motivo por se ter delimitado a amostra aos serviços de internamento completo, prende-se com o facto de nestes haver maior possibilidade de interacção entre o enfermeiro/doente e entre o enfermeiro/família e/ou pessoa significativa.

A escolha do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. - Porto, deve-se ao facto desta ser uma instituição de referência na área da Saúde Mental e Psiquiatria, na região Norte do País, ao mesmo tempo que é um hospital que investe na sua credibilização e formação contínua dos profissionais que lá exercem as suas funções.

1.4. Estratégia de Recolha de Dados: Entrevista Semi-Estruturada

Após se ter determinado quais as informações que se pretendiam recolher e após se ter seleccionado os participantes, houve necessidade de elaborar uma estratégia de recolha de informação, a qual por sua vez exigiu o recurso a métodos de recolha de informação. Assim, e tendo em conta os participantes, tal como já mencionado anteriormente, optou-se como método a ser utilizado, a entrevista individual semi- estruturada em que segundo Polit e Hungler (1995, p. 167) “o pesquisador inicia com algumas perguntas ou tópicos gerais, permitindo aos sujeitos”... “contar... suas histórias de forma narrativa”.

Tendo em conta o objecto do conhecimento em questão e o facto dos entrevistados trabalharem em diferentes serviços e com horários distintos, uma vez que trabalham por turnos, as entrevistas realizadas foram efectuadas de forma directa e individual.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), a entrevista semi-estruturada é a mais utilizada na investigação social. Neste tipo de entrevista, o entrevistador deverá recorrer a um guião semi-estruturado, constituído por questões estabelecidas à priori, as quais abordam os tópicos que se pretendem estudar. O guião permite também ao investigador orientar a entrevista, obtendo informação

a todas as questões, as quais poderão ir sendo colocadas de forma aleatória ao longo do desenrolar da entrevista, atendendo ao facto de ser permitido ao entrevistado responder de forma autónoma, livre e com palavras que mais lhe convier.

É de referir que, antes da realização das entrevistas, os participantes foram contactados previamente a fim de ser verificada a sua disponibilidade para participar no estudo. Além disso, após a realização das entrevistas, o material gravado foi transcrito na íntegra para o sistema informático, de forma a manter o máximo rigor nos discursos, sendo a duração média de transcrição de cerca de 3 horas.

Após uma breve exposição introdutória acerca dos objectivos da entrevista e do que se esperava da mesma, as entrevistas foram não-directivas, ou semidirectivas ou semi-estruturadas, sendo sempre pedidas pelo investigador e não pelo entrevistado, referindo-se contudo ao tema proposto pelo investigador a fim de dar resposta aos objectivos que se prendem com a referida investigação e não com o desenvolvimento pessoal da pessoa (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Como nos dizem Cabral e Tyrrell (1998), esta técnica de recolha de dados tem vantagens atendendo ao facto de permitir o registo imediato de todas as expressões verbais e a liberdade para o entrevistador prestar mais atenção ao entrevistado. Porém, apresenta desvantagens como por exemplo: a impossibilidade de registo de expressões faciais, dos gestos e mudanças de postura, o constrangimento pela presença de um aparelho que é pouco familiar e a dificuldade na transcrição rigorosa do material gravado.

1.5.Tratamento e Análise de Dados

A fase da análise e discussão dos resultados é a etapa mais difícil num trabalho de investigação, segundo Fortin (2009), uma vez que exige uma reflexão intensa e uma análise profunda de todo o processo de investigação.

Após a gravação de todas as entrevistas, os discursos/narrativas dos participantes foram transcritos na íntegra, de forma a estabelecer um primeiro contacto com as respostas a analisar, ou seja, saber quais os conteúdos apreendidos que devem ser estudados por meio da análise de conteúdo temático.

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de significações dos discursos dos indivíduos, através da utilização de procedimentos sistemáticos e objectivos, tais como a inferência e a dedução, os quais permitem descrever o conteúdo das mensagens. Esta técnica, apesar de ser mais comumente utilizada na abordagem qualitativa, pode também ser utilizada na abordagem quantitativa quando o instrumento de colheita de dados o obriga (existência de perguntas abertas).

A análise de conteúdo consiste no desmembramento do texto em unidades de análise, de forma a poder ser compreendido o seu sentido na comunicação, sendo essas unidades, posteriormente, reagrupadas em classes ou categorias (Bardin, 2004).

Para Quivy, a análise de conteúdo é extremamente importante para as ciências sociais, pois “ (...) *oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade (...)*”, permitindo, “(...) *satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são conciliáveis*” (Quivy, 2005, p.227).

1.6.Dimensões Éticas

Segundo Fortin, Brisson e Coutu-Wakulczyk (2000) no exercício de qualquer actividade que englobe seres humanos é imprescindível ter em consideração as questões éticas e morais. Assim, quem participa num estudo de investigação tem o direito a:

- Autodeterminação - cada elemento pode decidir sobre a sua participação ou não na investigação, escolhendo voluntariamente;
- Intimidade - cada pessoa é livre de responder ao que quiser, devendo o estudo ser o menos invasivo possível;
- Anonimato e confidencialidade - de tal forma que nenhum dos participantes possa ser reconhecido;
- Protecção - contra desconforto e prejuízo, que corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem;

- Tratamento justo - equitativo e leal, que se refere ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados no estudo.

Pela natureza do tipo de estudo em causa foram tidos em consideração os aspectos anteriormente mencionados. De acordo com estes requisitos, elaborou-se e apresentou-se ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. um pedido a solicitar autorização para a realização do estudo, onde constou informação sobre o estudo de investigação proposto a realizar, anexando o guião de entrevista semi-estruturada a aplicar. Após a obtenção do deferimento da instituição (Anexo III), bem como a anuência dos participantes, deu-se início à recolha de dados sobre a temática em questão. A responsabilidade pela conduta ética da investigação vai além dos princípios éticos relativos aos participantes e instituição onde se irá realizar a investigação, pois tal como refere Pais Ribeiro (2007, p. 266), a “ (...) fidelidade aos dados recolhidos e aos resultados a que chega, não enviesamento das conclusões constituem regras fundamentais de toda a investigação científica”.

2. LIDAR COM A PROBLEMÁTICA SUICIDÁRIA

Neste capítulo pretende-se efectuar a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através das entrevistas efectuadas, que em investigação qualitativa se define, segundo Dubouloz (2000, p.306), como sendo *“uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir”*.

2.1.As Experiências Clínicas dos Enfermeiros

Poder-se-á afirmar que a totalidade dos Enfermeiros Especialistas que exercem funções em serviços de internamento de psiquiatria, ao longo da sua prática clínica, lida e cuida, cada vez com maior frequência, com utentes com comportamento parassuicidário. Os motivos apontados maioritariamente pelos enfermeiros, como sendo a justificação que os utentes dão para tal comportamento, prende-se com a problemática conjugal/familiar, problemática socioeconómica, entre outras, prova disso será haver afirmações como:

“A minha experiência com este tipo de utentes é substancial e cada vez mais com o passar do tempo neste momento estamos a ver cada vez mais, as pessoas ficam deprimidas e têm tendência a ter este tipo de comportamentos, nota-se que realmente existe um aumento da frequência das pessoas que são internadas devido a esses motivos.”
(Entrevista 3)

“Desde há cerca de 15 anos de exercício profissional que lido com utentes com esta problemática de ideação suicida e comportamento parassuicidário, não posso precisar quantos mas foram já bastantes.” (Entrevista 7)

Tais afirmações são corroboradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera o suicídio como sendo um grave problema de Saúde Pública, correspondendo a mais de metade das mortes violentas no planeta. Estudos desenvolvidos pela OMS revelam que, associado ao aumento da frequência do comportamento suicidário, implica que ocorram mais gastos com o suicídio (em

2011, aproximadamente 1.8% do que foi gasto com as doenças no mundo. Para 2020, a projecção é para um crescimento significativo, atingindo 2.4% dos gastos).

Ainda de acordo com dados da OMS, em 2004 foram contabilizados mais de um milhão de suicídios no mundo, o que representa uma média de um suicídio a cada 35 segundos. Para cada suicídio consumado estima-se a existência de 15 a 25 tentativas.

Durante a realização das entrevistas foi possível verificar-se alguns aspectos relevantes, nomeadamente porque a maioria dos enfermeiros refere que o comportamento suicidário está muitas vezes associado a doença psiquiátrica, verificando-se de forma mais frequente nos quadros de depressão, seguidos por esquizofrenia, perturbações de personalidade, consumo de drogas e por fim as demências;

“Também, pode haver, nomeadamente nas perturbações da personalidade, nas dependências, esquizofrenias, em determinadas fases da esquizofrenia.” (Entrevista 6)

“É evidente que o comportamento parassuicidário indica que o indivíduo tem algum problema psiquiátrico mais ou menos grave associado a um mal-estar que pode ser uma depressão efectiva, pode ser uma depressão não muito pronunciada, pode ser um distúrbio de personalidade, ... é sempre alguém que não está a conseguir muito bem lidar com os problemas que tem no momento.” (Entrevista 12)

O comportamento parassuicidário não implica que a pessoa possua um transtorno psiquiátrico. Porém, verifica-se que a grande maioria das pessoas que atentam contra a própria vida, encontram-se seriamente angustiadas e deprimidas. A depressão poderá ser exógena (quando se deve a factores externos ao indivíduo, como situações traumáticas, perda de um ente querido, entre outros, não dependendo da personalidade da própria pessoa) ou endógena (quando não se deve a factores externos à pessoa, dependendo apenas de elementos da sua personalidade).

Diamond (2003, p.55) caracteriza a depressão como o *“resultado de alterações na concentração de químicos no cérebro que regulam o estado de espírito, a energia, o sono e o apetite”*. Os sintomas desta perturbação incluem diminuição da energia e consequentemente implicam o aumento da fadiga, bem como a perda de interesse para participar em actividades que anteriormente geravam prazer.

Segundo um estudo de De Leo e colaboradores (2005, cit. in Peixoto et al., 2006) a depressão aumenta até três vezes o risco de experimentar ideação suicida. A depressão constitui uma perturbação comum, com um peso considerável na prevalência do suicídio (Pinto da Costa, 1989, cit. in Silva, 2002a).

Mais tarde, Pinto da Costa (2004, p.92) vem referir que *“por uma profunda depressão, pode haver alteração do instinto de conservação da vida, com atracção para a morte. Pode a tristeza tornar-se intolerável, acabando o indivíduo por decidir, em estado de opção, pelo suicídio (...) O deprimido sente-se directamente atraído para o suicídio”*.

Também é importante referir que a maioria dos enfermeiros mencionam ser habitual estar internado, em simultâneo, mais que um utente com comportamento parassuicidário e, mesmo durante o internamento já tem ocorrido novas tentativas de suicídio com recurso a cintos, corte de pulsos, ingestão de substâncias tóxicas, entre outras.

“O que ele fez foi ingerir substâncias tóxicas ou potencialmente tóxicas como sabão, sabonete líquido e medicação que o doente também conseguiu reunir, não tomar, esconder e depois tomar essa medicação.” (Entrevista 7)

“... as pessoas fazem novos atentados contra a própria vida durante o internamento recorrendo a meias, cintos de robes ou outros objectos que escondem.” (Entrevista 11)

Quando questionados sobre quais os contributos que os Enfermeiros Especialistas têm no contacto com os utentes com comportamentos suicidários, existem duas respostas distintas.

Cerca de 50% dos enfermeiros entrevistados referem que o contacto com utentes com comportamentos suicidários nada lhes traz de benéfico, nem sequer aprendem nada com estes utentes, pois o facto de não concordarem com tais actos como forma de resolução de problemas, implica não colocarem a hipótese de adoptar um comportamento com o qual não concordam. Além disso, referem que sendo “pessoas normais” há outras formas de resolução de problemas sem recorrer ao comportamento suicidário.

“Não me ajudam a enfrentar os meus problemas pois não me parece que a atitude que tem na resolução de problemas seja a mais correcta ... por mais difícil que seja um determinado problema este terá sempre solução e não é pondo em causa a própria vida a melhor forma de o resolver.” (Entrevista 12)

Os restantes 50% dos enfermeiros entrevistados referem aprender algo de novo, quando contactam com utentes com comportamentos suicidários. Contudo, embora aceitem que o comportamento adoptado não seja o mais correcto para a resolução de problemas, pelo contrário, só implica o agravamento da situação, os enfermeiros referem muitas vezes recorrer a estratégias que ensinam ao doente no sentido de minorar ou ultrapassar situações de maior ansiedade e o stress na sua vida.

“É assim, as estratégias que eu lhes passo, também quando preciso faço uso delas. Os problemas têm que se tentar resolver, temos de tentar gerir o stress, se for preciso respirar fundo, é uma expressão que nós utilizamos muito e, aqui aplica-se e o respirar fundo também me acalma no dia-a-dia. Portanto, as experiências deles de certa forma ajudam sempre pois utilizo as técnicas que lhes passo.” (Entrevista 6)

“... eu acho que todas as experiências quer profissionais quer pessoais vão-nos sempre ajudar a nós próprios a ter estratégias de defesa, de mecanismos de acção para nós desenvolvermos no dia-a-dia de forma mais eficaz.” (Entrevista 10)

2.2. Situações Marcantes da Prática Clínica

No que se refere aos momentos mais significativos/marcantes durante a prática profissional, verifica-se serem várias as respostas dos inquiridos, que têm por base:

- A situação clínica do doente, são aquelas situações em que o doente concretiza o acto suicida após alta clínica por comportamento parassuicidário;

“É assim houve situações não de parassuicídio mas mesmo de tentativa de suicídio, pessoas que tentaram passar ao lado no serviço e não conseguiram por intervenção ou contenção física e que subem há posteriori já fora do internamento que tentaram e conseguiram o suicídio”. (Entrevista 4)

- As situações sérias/graves de tentativa de suicídio devido a demonstrarem não só a brutalidade do acto em si, mas também devido ao facto de demonstrar a intensidade da dor, do desespero e do sofrimento que a pessoa se encontrava para se autodestruir, pensando na morte como solução para os problemas;

“Todos os doentes que fazem tentativas sérias, muito sérias aliás de suicídio, marcam pela brutalidade da situação lembro-me de pessoas que já tentaram suicídio com motosserras, esfaquearam-se a elas próprias, isso marca sempre uma pessoa, pois faz lembrar o desespero que essa pessoa sentiu no momento em que o fez.” (Entrevista 3)

“É difícil aguentar a grande pressão em se lidar com as situações, principalmente quando se trata de tentativas sérias de suicídio, pois nós não estamos a contar como é que uma pessoa, um ser humano é capaz de chegar a este ponto, de ter esta atitude, de chegar a um ponto de saturação tal que é capaz de ter este comportamento autodestrutivo.” (Entrevista 11)

- As situações em que o indivíduo atenta de novo contra a própria vida, durante o internamento por comportamento suicidário, acarretando um aumento de frustração para o profissional que tinha depositado expectativas no utente;

“... as expectativas que nós temos relativamente a elas na altura caem de tal forma frustradas que não são o que estamos a espera que aconteça daquele utente em que supostamente já o conheceríamos acabam por praticar um acto deste mesmo em contexto de internamento e deixa-nos de alguma forma frustrados relativamente a aquilo que esperávamos. É sempre uma situação que lidamos muito mal com ela.” (Entrevista 5)

- As situações que deixam graves sequelas físicas resultantes do comportamento parassuicidário;

“... um senhor com os seus setenta e muitos anos fez uma tentativa de suicídio com uma arma de fogo, em que a meteu no céu-da-boca e disparou, infelizmente para ele não morreu. Um dos lados da face ficou completamente desfigurada, a boca para cima, o olho desfeito e olhando-se para aquele senhor via-se nitidamente que aquele senhor ia-se matar novamente, pois a cirurgia plástica, devido à idade não ia fazer reconstrução da face. Claro que é um indivíduo que só pelo aspecto físico quando chegasse lá fora ia cometer novamente uma tentativa de suicídio. Quanto mais não fosse por estar desfigurado.” (Entrevista 11)

- As situações cujo comportamento parassuicidário está associado a doenças terminais ou a doenças sem previsão de cura;

“Sim, principalmente quando envolvem doenças terminais, por questões familiares, pois também passei pelo mesmo e fico mais sensível, principalmente com utentes com doenças que não têm previsão de cura, as pessoas tentam o suicídio.” (Entrevista 1)

- As situações cujo utente faz tentativas graves de suicídio associadas a uma idade similar à do enfermeiro;

“Contudo, quando se trata de pessoas com idades semelhantes à minha, ou quando alguém jovem faz uma tentativa grave como por exemplo, defenestração em que fica limitada, deixa-me um pouco apreensivo.” (Entrevista 10)

2.3.Dilemas Éticos

Quanto a esta questão, verificou-se existirem cinco opiniões distintas, sendo contudo, maioritariamente dada a resposta de não haver dilemas éticos nem fazerem juízos de valor sobre o utente com comportamentos suicidários.

A maioria dos enfermeiros entrevistados refere não saber até que ponto, como enfermeiros devem intervir no poder de decisão que a própria pessoa tem em querer terminar com a sua vida. Porém, são de opinião que dever-se-á continuar a prestar cuidados de forma adequada no sentido de ajudar na recuperação do utente parassuicida, devendo atender-se à beneficência.

“Talvez o direito que ele tem na escolha das suas acções, mas acho que trabalhando com o utente podemos fazer com que ele modifique a forma de pensar. Ele tem direito de fazer aquilo que quer, se não quer viver se calhar ele até poderia ter esse direito mas, o meu papel aqui é lutar pela vida e fazer com que ele lute pela vida dele.”, “... acho que o utente pode ter direito a não querer viver. Eu tento modificar essa ideia mas, por exemplo, temos aqui doentes que se calhar a vida é insuportável, que estão constantemente a ouvir vozes a dizer que têm de se matar, ... não deve ser fácil, acredito que não seja fácil, por isso, tudo faço para que ele modifique esse comportamento.” (Entrevista 6)

Uma segunda resposta obtida manifesta a dificuldade que o enfermeiro tem em perceber até que ponto o comportamento tido pelo utente parassuicida, tem um cariz sério ou se não passa meramente de um comportamento apelativo, de uma chamada de atenção. Caso se trate de um comportamento apelativo, referem ter dificuldade em aceitar e prestar cuidados, pois acham ser uma perda de tempo prestar cuidados a doentes que apenas querem obter benefícios secundários com os seus actos ou para prejudicar terceiros, quando há doentes que realmente precisam da sua ajuda.

“O que eu verifico é que grande parte dos actos ou comportamentos parassuicidários, parecem-me mais ser de carácter apelativo pois muitas das vezes têm benefícios secundários com o internamento. Esses benefícios podem ser para connosco profissionais pois sabemos estar, sabemos gerir o ambiente bem como as tarefas do serviço, outras vezes é para com os familiares, muitas vezes o doente ao estar internado num hospital psiquiátrico é uma boa desculpa para obter mais atenção por parte dos familiares, para às vezes até terem benefícios em termos económicos, por vezes temos doentes internados para evitar uma ida a tribunal, evitar o pagamento de contas, às vezes como uma forma de evitar um divórcio, Uma das principais dificuldades, é muitas vezes descortinar qual o objectivo pelo qual o doente cometeu aquele acto, se é uma tentativa real de querer consumir o acto ou se é apenas uma chamada de atenção.”
(Entrevista 8)

Uma outra opinião obtida pelos enfermeiros inquiridos refere que o próprio enfermeiro não deverá impor valores nem crenças religiosas aos utentes a quem presta cuidados, de forma a não criar conflitos com o próprio utente. Além disso, referem que actualmente se verificam mais comportamentos suicidários devido a motivos menores, tornando-se desta forma difícil perceber-se o porquê da pessoa praticar tal acto. Contudo, deve-se valorizar o acto cometido pelo utente, não devendo fazer-se juízos de valor sobre o mesmo, o qual deve ser respeitado como pessoa que é. Aquando do internamento dos utentes com comportamentos parassuicidas e, devido ao sigilo profissional, muitas vezes os enfermeiros sentem-se “desconfortáveis” quando são solicitados pelos familiares dos utentes no sentido de obterem respostas sobre a situação.

“... nós não estamos aqui para julgar ninguém mas para ajudar, é isso que eu penso. Eu não tenho que julgar as pessoas por elas terem cometido uma tentativa de suicídio ou não, ...”, “... se eu gosto ou não gosto da pessoa, se isto me ofende mais ou não, não é para isso que eu sou paga eu sou paga para tratar o doente independentemente se ou gosto ou não daquilo que ele fez, se vai contra a minha maneira de pensar ou não, isso depois compete se ele essas coisas todas. A mim compete-me respeitar o doente e tratá-lo.”
(Entrevista 2)

“... às vezes, os familiares fazem questões que nós não podemos responder e que tem a ver com o sigilo profissional.”
(Entrevista 7)

Quando questionados sobre a relação dos utentes parassuicidas com os seus familiares, pode-se constatar a existência de duas opiniões que se complementam.

A maioria dos enfermeiros entrevistados é de opinião que os utentes parassuicidas têm este comportamento apenas para conseguirem obter benefícios secundários pelo acto praticado, devido a preocuparem os seus familiares ou pessoas que lhes são mais próximas. Assim, conseguem obter maior atenção e carinho de sua parte e, muitas vezes, acabam por ter lembranças, prendas, entre outros benefícios, aquando da visita ao hospital. Além disso, muitos utentes parassuicidas praticam tal acto no sentido de obterem mudanças de comportamento/atitude dos que lhes são mais próximos.

“Provocam grandes transtornos para as famílias, muitas vezes os familiares deixam os empregos para os virem visitar ao hospital, alguns já têm os pais velhinhos e fazem com que os venham carregados com isto ou aquilo para comer, fazem com que lhes traga tabaco e, depois eles cá dentro têm uma relação muito diferente daquela quando vão à visita.” (Entrevista 8)

“Eu acho que ser situações apelativas, ela está a pedir a outros mudanças na vida deles, está a solicitar do outro algo que não é correcto, está a exigir do outro situações que não devia, por exemplo, quando põe em causa crianças, quando põe em causa velhinhos, os pais velhinhos que vêm às visitas, eu acho que isso mexe muito comigo. Nessas pessoas, às vezes é difícil aceitar, porque pura e simplesmente estão a manobrar comportamentos.” (Entrevista 11)

É extremamente importante que os enfermeiros façam uma análise multidimensional para que possam identificar e avaliar de forma consistente quais os factores de risco que poderão estar na génese da ideação e consequentemente da tentativa de suicídio. Parece ser consensual que todos os sinais de alerta para o suicídio não são, na sua maioria, suficientes para desencadear o comportamento suicidário, se forem considerados de forma isolada. É o seu conjunto que estabelece a eventual ruptura em relação ao estado habitual do indivíduo (Walter & Tokpanou, 2003, cit. in Peixoto et al., 2006).

Uma segunda opinião refere que, muitas vezes, torna-se difícil envolver a família do utente parassuicidário no processo de recuperação, apontando o desgaste psicológico e a saturação como principais factores, devido a muitas vezes o utente praticar o acto parassuicidário de forma repetida, provocando sentimentos de descrédito perante tal atitude. É pois essencial trabalhar-se também com a família dos próprios utentes parassuicidários no sentido de as ajudar a lidar e a superar tal situação.

“... também porque não estão sós, a lesar-se só a eles mas também quem está à volta deles, e tanto fazem que algum dia o familiar ou amigo deixa de lhes ligar. As pessoas que estão à volta deles também se cansam e, eles não têm esta noção.”, “São pessoas que não querem atentar contra a vida pois sabem que se fizerem este tipo de atitudes alguém se vai culpabilizar, não eles mas algum familiar, ou então vai ter mais atenção.” (Entrevista 2)

“... o envolvimento da família é extremamente difícil por vezes. Estamos a falar em situações em que família já esta tão desgastada desde tipo de comportamentos, portanto é sempre essencial trabalharmos a família, não se pode pensar de outra maneira.” (Entrevista 5)

3. A REALIDADE DO UTENTE COM PROBLEMÁTICA SUICIDÁRIA

Os comportamentos suicidários têm origem multifactorial e podem ocorrer em qualquer indivíduo independentemente da sua raça, cultura, religião, meio socioeconómico, entre outros, a predisposição para o mesmo atentar contra a própria vida poderá classificar-se em:

- Indivíduos de risco inexistente (praticamente não há risco do indivíduo fazer mal a si mesmo);
- Indivíduos com leve risco de suicídio (habitualmente são necessárias reavaliações e seguimento médico periódico para se avaliar o nível de risco):
 - A ideação suicida está presente mas é limitada uma vez que não há nenhum plano ou preparação definidos para o indivíduo fazer mal a si mesmo;
 - O indivíduo não tem um plano concreto e não tem tentativas prévias de suicídio.
- Indivíduos de risco moderado (necessitam de avaliação recorrente para hospitalização, de envolvimento activo dos sistemas de suporte, de serviços de emergência disponíveis 24 horas por dia, de avaliação para medicação e aconselhamento de seguimento, se necessário):
 - A ideação suicida está presente e associada a planos e preparação a fim de levar a cabo o acto;
 - Há possivelmente histórias prévias de tentativas de suicídio e pelo menos a presença de dois factores de risco adicionais (depressão, alcoolismo, falta de retaguarda familiar, doença psiquiátrica, entre outros);
 - Ou então, poderá haver mais do que um factor de risco para o suicídio, estando presente a ideação e a intenção suicida. Porém, é negado que haja um plano claro;
 - O indivíduo está motivado para melhorar o seu estado emocional e psicológico actual se houver ocasião para tal.
- Indivíduos com risco de suicídio severo
 - A ideação e a intenção suicida são verbalizadas em associação a um plano bem estudado e com os meios de o levar a cabo;

- Normalmente trata-se de uma pessoa que já efectuou múltiplas vezes a tentativa de suicídio;
 - Habitualmente com a presença de dois ou mais factores de risco;
 - Estes indivíduos demonstram inflexibilidade cognitiva e desesperança quanto ao futuro e negam o apoio social disponível.
- Indivíduos com risco de suicídio extremo (trata-se, habitualmente, de indivíduos que tentaram o suicídio múltiplas vezes com diversos factores de risco significativos; a atenção e acção imediata são imprescindíveis.

Desde que se justifique, ou seja, desde que o nível de risco permita concluir que é grande a possibilidade do indivíduo cometer suicídio, dever-se-ão efectuar intervenções restritas inevitáveis, podendo-se mesmo requerer um internamento involuntário. Dever-se-á garantir a continuidade de cuidados, bem como considerar as perturbações psiquiátricas incluídas na CID ou no DSM que, por sua vez, podem ajudar no planeamento a efectuar, havendo a necessidade potencial de uma avaliação para uso de medicação psicotrópica.

3.1. O Contexto do Comportamento Suicidário

Quando se tentou conhecer quais os factores predisponentes do comportamento suicidário, constatou-se que a totalidade dos enfermeiros inquiridos é da opinião que este comportamento tem origem multifactorial, ou seja, os enfermeiros referem que o comportamento parassuicidário poderá dever-se à existência de:

- Problemas socioeconómicos (desemprego; não compromisso das responsabilidades financeiras);

“Nas senhoras nos 40, mais ou menos por volta dessa idade, nota-se que são mais os problemas a nível socioeconómico, ou dificuldades económicas, desemprego, problemas conjugais são mais esses factores.” (Entrevista 2)

- Problemas familiares/conjugais/ rupturas amorosas (perda de um familiar próximo);

“São vários, nas mulheres são mais os aspectos afectivos, rupturas amorosas principalmente. No género masculino está mais relacionado com os aspectos laborais, a perda do emprego morte de familiares.” (Entrevista 3)

De Man e colaboradores (1992, cit. in Peixoto et al., 2006), são da opinião que os problemas familiares, os acontecimentos de vida negativos e as dificuldades persistentes são factores fortemente associados a ideação suicida e consequentemente um factor importante para conduzir ao suicídio propriamente dito.

Também, e embora com menos frequência, são apontados factores como: solidão, isolamento social, presença de doenças orgânicas graves, sentimentos de desmotivação e tristeza que incapacitam a pessoa de lidar com os problemas diários;

“Normalmente, o que eles dizem é que se sentem tristes, desmotivados, sem grande capacidade de ultrapassarem estas dificuldades presentes na vida de todos de hoje em dia.” (Entrevista 9)

Assim sendo, através da análise das entrevistas realizadas, pode-se confirmar a opinião de que o suicídio nunca tem uma causa isolada, o risco de suicídio é muito elevado *“quando as pessoas perdem a esperança e essa perda é persistente ao longo do tempo”* (Saraiva, 2006).

Para Schotte e Clum (1982), a ideação suicida ocorre, principalmente nos jovens, devido à existência de diversos factores, entre os quais se podem destacar: sentimentos de desespero, stress, depressão, aliados a fracas estratégias de resolução de problemas. Como factores de risco agravantes são apontados: as ameaças prévias de suicídio e o método violento (EX: armas de fogo). O gesto suicida é um atentado à própria vida com a intenção de tentar mudar padrões definidos que não estão de acordo com a vontade do próprio suicida (Sampaio, 1991).

Quando se tentou conhecer qual o método mais utilizado no comportamento suicidário, constatou-se que a totalidade dos enfermeiros inquiridos é da opinião que os mesmos podem ser distintamente utilizados no género feminino e no género masculino.

Assim, a metodologia mais usada no sexo feminino é a ingestão medicamentosa, a defenestração e as automutilações (corte de pulsos);

“As metodologias são diferentes, normalmente as mulheres procuram mais os medicamentos, os cortes nos pulsos, ...é mais este tipo. Nos homens é mais o enforcamento, as armas de fogo e as armas brancas.” (Entrevista 7)

“As senhoras normalmente apresentam mais comportamentos parassuicidários, tentam concretizar o acto, mas muitas vezes os métodos que utilizam não são letais e elas acabam por controlar e persistir nesses métodos durante várias vezes ao longo da sua vida.” (Entrevista 12)

Os indivíduos do género masculino, habitualmente recorrem a métodos mais agressivos, mais drásticos quando comparados com os métodos utilizados nos indivíduos do género feminino. Os métodos mais utilizados no género masculino são: o uso de arma branca, de arma de fogo e o enforcamento. Porém, também há menção que, embora com menos frequência, verifica-se haver indivíduos do sexo masculino que recorrem à ingestão de organofosforados ou de medicação, sendo a sua ingestão em maior quantidade do que o verificado nos indivíduos do sexo feminino;

“Penso que é mais no sexo masculino, eles recorrem mais a actos, no caso do homem a enforcamento ou mesmo a ingestão de medicação ou remédios de escaravelho, organofosforados; as mulheres, o género feminino é mais ingestão medicamentosa a defenestração, são essencialmente essas duas.” (Entrevista 4)

“O método da ingestão medicamentosa será mais frequente na mulher mas, também já se verifica nos homens mas com maior gravidade, pelo menos a quantidade de medicação ingerida é uma quantidade já considerável, próxima da possibilidade de provocar a morte.” (Entrevista 10)

Tais afirmações só vieram confirmar o que já se havia constatado num estudo realizado pelo grupo de Psicólogos do Centro de Saúde Mental de Beja (Barrocas, Santos e Gradiz, 2002), realizado no período entre 1982 e 2001, a partir de informação recolhida pela Guarda Nacional Republicana. Nesse período (de cerca de 20 anos), registaram-se 1203 suicídios, dos quais 931 eram homens e 272 eram mulheres. Dos suicídios registados no estudo pode-se verificar, relativamente aos métodos utilizados: 550 enforcamentos, 333 intoxicações, 198 afogamentos, 97 por arma de fogo, 7 defenestrações, 2 por arma branca, 15 trucidados por comboio e 1 asfixia. Neste estudo, ao longo dos anos, verificou-se um pequeno aumento do número de suicídios, porém este aumento não se mostrou constante ao longo dos anos.

Alguns investigadores sugerem que geralmente as mulheres apresentam uma maior ambivalência relativamente à morte, quando comparadas com os homens. Tal situação poderá dever-se ao facto de estarem fortemente associadas à prestação de cuidados aos filhos, aos deveres familiares que desempenham, bem

como ao ênfase que dão à aparência física e ao risco de desfiguramento, daí optarem por métodos de suicídio menos letais.

Se considerarmos a variável sexo, ou seja, qual a prevalência entre o género e o comportamento suicidário, bem como a gravidade do acto suicida, verifica-se que a maioria dos enfermeiros é da opinião que, embora a prevalência do comportamento suicidário seja maior nos indivíduos do género feminino, a gravidade do acto é maior nos indivíduos do género masculino. Isto acontece em virtude do comportamento no género feminino ter uma vertente essencialmente apelativa/chamada de atenção. No género masculino o comportamento suicidário embora seja realizado com menor frequência é realizado de forma mais grave.

“O que nós constatamos mais é que o género feminino tem maior ideação suicida e tentativas de suicídio, mas são tentativas de suicídio pois na verdade não se querem suicidar. Os homens quando o fazem, fazem menos vezes mas com uma taxa de sucesso para eles maior. As senhoras normalmente avisam um familiar ou outro antes de tentarem o acto.” (Entrevista 2)

É de referir que, embora em menor percentagem, há enfermeiros que são da opinião que actualmente não há distinção na taxa de incidência do comportamento parassuicidário e o género, pois ambos os géneros praticam o comportamento suicidário de igual forma. No entanto, concordam com a opinião que é no género masculino que se verificam situações de maior gravidade.

“No início da minha prática clínica verificava-se que realmente existia um aumento da frequência no género feminino mas com o passar do tempo constata-se que o número de homens também tem vindo a subir, portanto eu diria que quase seria metade, metade.” (Entrevista 3)

Em Portugal, os suicídios masculinos representam mais do triplo dos femininos, com uma média de 9,4 por 100 mil habitantes contra 2,8 nas mulheres, sendo na faixa etária correspondente aos indivíduos com mais de 75 anos que se verifica a maior taxa de incidência. Por outro lado, é de registar que existe também uma maior incidência do suicídio entre os indivíduos divorciados e solteiros (A Página da Educação, 2006).

No mesmo sentido, Turvey (1995) refere que as mulheres fazem mais uso de tentativas não fatais, enquanto os homens apresentam uma maior probabilidade de acabarem com a vida, já que usam maioritariamente armas em vez de comprimidos. Da mesma opinião, Staal e Hughes (2002) consideram que os

homens apresentam uma vulnerabilidade acrescida para completar o suicídio, apesar de as mulheres o tentarem mais vezes.

Relativamente à característica individual idade, muito embora não se possa afirmar que o suicídio constitui uma realidade associada a uma determinada faixa etária, vários estudos apontam alguns intervalos de idade como significando um maior risco para o suicídio. Na análise das entrevistas efectuadas, pode-se obter as seguintes opiniões:

- A maioria dos enfermeiros entrevistados refere que a média de idades dos utentes internados devido a comportamentos suicidários varia entre os 20 e os 55 anos de idade.

Os resultados obtidos por Zimmerman e colaboradores (1995, cit. in Peixoto et al., 2006) concluem que a ideação suicida (um precursor determinante no suicídio) é mais prevalente entre os indivíduos não casados e mais jovens.

- Uma minoria dos enfermeiros entrevistados refere que o comportamento suicidário é pouco habitual em pessoas com idade superior a 55 anos.

“... noto que aparecem muitos jovens mais 20-30 anos de idade e senhoras nessas idades. Nos homens noto mais a partir dos 40- 50 anos de idade, ... “ (Entrevista 2)

“Jovens adultos e adultos, entre os 28- 30 por aí, até cerca dos 50- 55 anos, por aí. Aos 60 já são situações que têm a vida resolvida e que por isso acho que não se nota tanto.” (Entrevista 11)

Segundo Turvey (1995), embora os indivíduos com idades inferiores a 25 anos de idade apresentem mais pensamentos suicidas, não representam um grupo de risco, atendendo ao facto das taxas mais elevadas de suicídio se reportarem a adultos mais velhos.

Com efeito, o suicídio tradicionalmente tem vindo a ser *“prevalente em populações com mais idade”* (Bongar, 2002, cit. in Packman et al., 2004, p.669), não obstante a identificação de uma faixa etária de risco ser cada vez mais difícil, dado que *“nos últimos 50 anos, as taxas de suicídio para indivíduos entre os 15 e os 24 anos de idade aumentaram mais de 30%”* (Capuzzi, 2002, cit. in Packman et al., 2004, p.669) e a *“idade média desceu para os 39.9 anos”* (Buda & Tsuang, 1990, cit. in Packman et al., 2004, p.669).

Embora a opinião dos entrevistados refira não ser habitual terem utentes internados com comportamentos suicidários, com idades superiores a 55 anos e, independentemente do decréscimo na idade para o suicídio, existem

investigadores que se opõem a tal opinião, referindo que quanto mais idoso for o indivíduo, maiores serão as probabilidades de comportamentos suicidas (Schwartz & Rogers, 2004; Silva, 2002a; Staal & Hughes, 2002).

Portugal acompanha esta tendência, apresentando taxas de suicídio mais elevadas para indivíduos com idades acima dos 75 anos (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009).

Tal situação prende-se com o facto de o idoso ao longo da sua vida acumular várias experiências negativas das quais se destacam: as perdas sucessivas (perda de emprego, perda de entes queridos por falecimento ou pelo facto dos filhos chegarem a determinado momento de suas vidas e, tendo já maturidade suficiente, quererem conquistar a sua autonomia, acabam por abandonar o lar dos progenitores), a perda do cônjuge (normalmente consiste numa perda drástica que poderá levar à decadência do indivíduo, bem como a dificuldades de adaptação a novas situações), a perda do vigor físico e mental, assim como, um estado de saúde débil (Oliveira, 2006).

Devido muitas vezes à fraca integração do idoso no meio ambiente que o rodeia, associado maioritariamente a uma débil inserção em actividades, ou fraca inserção no seio da própria família (devido muitas vezes a exigências profissionais, acabam por esquecer os seus idosos, institucionalizando-os). Todos estes factores acabam normalmente por contribuir para a solidão e consequentemente esquecimento do próprio idoso.

Em meios rurais torna-se mais notório este isolamento, devido a, além dos factores anteriormente apontados, haver escassez de meios de auxílio entre as populações que muitas vezes se encontram isoladas e consequentemente esquecidas, pois normalmente não é feito por estes indivíduos o mesmo plano social e de interacção que existe nos grandes centros. Assim, apoiam-se na religião acreditando como garantido que esta os vá arrebatara do isolamento, quando nem sempre isto acontece (Oliveira, 2006).

Outra questão importante tem a ver com as estratégias utilizadas na integração do utente parassuicida nos serviços de internamento. Pode-se constatar que a maior parte dos enfermeiros dá primordial importância à vigilância, tal como consideram os entrevistados 2 e 12.

“A nível de enfermagem, aquilo que nós seguimos é mais a vigilância, são doentes sinalizados, são registados no quadro, identificados como doentes com tentativa de suicídio e que requerem uma maior vigilância.” (Entrevista 2)

“As estratégias têm a ver com a vigilância do doente, temos de estar atentos às roupas e aos objectos cortantes que eles eventualmente possam usar para fazer automutilações e ingestões medicamentosas que também podem acontecer aqui dentro ... normalmente são doentes que são revistados com mais cuidado, retirados os cintos e são colocados num quarto se acharmos que é mais conveniente para a observação do doente.” (Entrevista 12)

Porém, também há quem refira que uma avaliação inicial (anamnese) deve ser feita com cuidado e detalhe, a fim de despistar qual o factor que esteve na génese do comportamento suicidário, para posteriormente se poder intervir sobre ele;

“Quando eles chegam, normalmente fazemos a anamnese do utente, tentamos realmente explorar ao máximo o que motivou ao acto, perceber muito bem a história para depois intervirmos especificamente, planearmos uma intervenção específica adequada ao doente, tentamos inserir, envolver a família no processo para que realmente todos percebam a doença e a forma como lidar com ela.” (Entrevista 4)

Também há enfermeiros que referem ser importante envolver a família no processo de recuperação, devendo-se mostrar disponibilidade para escutar quer o utente, quer a sua família. Contudo, devido à falta de recursos humanos e de tempo tal acto nem sempre é possível;

“Estratégias específicas nós não temos, especificamente para esse tipo doente mas ... mediante o decorrer do internamento e mediante a causa e consequência da tentativa de suicídio, tentamos englobar a família e perceber um pouco, ... tentamos conhecer a causa e minorar as consequências dessa causa através do envolvimento da família, assistente social, incutir às pessoas que elas continuam a ser úteis, independentemente do problema que têm, valem muito mais do que o problema que têm.” (Entrevista 1)

“As estratégias, são exactamente as que habitualmente fazemos no acolhimento do doente mas para que ele consiga perceber que nós estamos cá para o ajudar, tentando manter sempre uma relação não de empatia mas sim de disponibilidade profissional para que essa pessoa possa ter uma melhor imagem e poder transmitir os seus sentimentos e as suas necessidades.” (Entrevista 10)

A título de curiosidade, é de referir que apenas 3 dos 12 enfermeiros entrevistados, referem ser possível planear intervenções como sessões de relaxamento, relação de escuta activa, desenvolver estratégias de mecanismos de coping, promover a interacção social e as dinâmicas de grupo. Os restantes enfermeiros (9) referem não ser possível executar tais intervenções por indisponibilidade de tempo e de pessoal;

“...nem sempre há oportunidade tentamos sempre fazer uma relação de ajuda em que estamos a ajudar a própria pessoa a mudar as formas de ver a situação, de lidar com as situações. Mas isso nem sempre é viável por indisponibilidade de tempo por indisponibilidade do serviço.”, “Principalmente recursos humanos porque não há tempo pois esse tipo de entrevistas de seguimento demoram algum tempo necessariamente, e não temos pessoas para isso.” (Entrevista 3)

Sendo a vigilância um dos principais aspectos de atenção que os enfermeiros têm aquando da admissão do utente com comportamento suicidário, no serviço de internamento, torna-se de extrema importância descobrir quais os aspectos a atender na mesma.

A maioria dos enfermeiros (10) entrevistados refere ser feita a triagem, bem como a privação de objectos que possam constituir perigo ao utente (objectos corto- perfurantes, cintos, isqueiros, lâminas, medicação, entre outros), sendo os utentes colocados em enfermarias para pernoitar. Tal opção prende-se com o facto de, para além de haver uma presença constante dos profissionais de saúde, bem como a existência de câmaras de videovigilância nas enfermarias, existirem outros utentes que poderão alertar o enfermeiro caso detectem alguma situação anormal;

“Por norma a equipa opta por colocar este tipo de doentes numa cama numa enfermaria para aumentar a vigilância não só da nossa parte porque nós vigiamos sempre quer fique numa enfermaria quer fique num quarto mas durante a noite quando é o momento que por norma estes doentes tentam o suicídio estão sempre acompanhados por outros doentes que nos podem sempre alertar se alguma coisa não estiver tão correcta. Como é óbvio temos cuidados redobrados, digamos assim, verificamos se realmente ele tem qualquer tipo de objecto cortante, perfurante temos também que analisar a ideação suicida do doente dia após dia porque isso é essencial vigiando também comportamento, porque ele pode muitas vezes dizer ou parecer que não tem ideação suicida e o comportamento ser contraditório e dar-nos a entender que ele realmente pode fazer

alguma coisa. Temos câmaras de vigilância e estamos a vigiar continuamente.”
(Entrevista 3)

Uma minoria dos enfermeiros entrevistados (2) refere que, devido à grande afluência de utentes aos serviços, aqueles que têm comportamentos suicidários são colocados indiferentemente em quartos ou em enfermarias.

“A lotação dos serviços hoje em dia, não permite grande flexibilidade, obviamente. O que é um problema em si. No entanto dependendo das situações, pode-se eventualmente jogar com as camas, obviamente, estamos a falar em quartos ou em enfermarias, não há grandes alternativas.” **(Entrevista 5)**

Relativamente ao tempo médio de internamento dos utentes com comportamentos parassuicidários, apenas dois dos doze enfermeiros entrevistados referem que o período de internamento no seu serviço vai de 24 a 72 horas. Tal situação prende-se com o facto dos referidos enfermeiros exercerem funções no Serviço de Intervenção Intensiva, serviço este que faz a recepção de utentes provenientes de Serviços de Urgência de hospitais gerais, permanecendo aí por um curto período de tempo, até estabilização do quadro clínico ou até haver possibilidade de transferência do utente para a área de residência ou outro serviço de internamento completo;

“Como é um serviço de intervenção intensiva e está preconizado o mínimo de tempo, possível, ou seja, pelo menos durante as primeiras 24 horas após o internamento, no máximo até 72 horas estes utentes mantêm-se aqui até por uma questão de observação e maior vigilância.” **(Entrevista 10)**

Os restantes 10 enfermeiros, que exercem funções em serviços de internamento completo, são da opinião que o tempo médio de internamento vai de 15 dias a cerca de 3 semanas. Este período é acordado em reuniões de equipa, uma vez que a própria instituição, com a remodelação que fez dos serviços, preconiza que os internamentos não devem ser prolongados. Porém, cada caso é um caso, podendo verificar-se diminuição ou prolongamento do período de internamento inicialmente estipulado. Essa flexibilidade de tempo depende por vezes da vontade do utente em antecipar a sua alta, ou se o estado clínico do mesmo não evoluir favoravelmente. Existem enfermeiros que são de opinião que se torna muito difícil conseguir-se ajudar na reabilitação, bem como na reestruturação cognitiva destes utentes, em tão curto espaço de tempo.

“... os dias de internamento são de 21 dias, pode exceder, ou pode ser menor, mas não me parece que 21 dias para este tipo de doentes, seja o mais adequado. Se for um doente que tenha mesmo ideação suicida e que tenha problemas económicos e que seja uma pessoa que não tenha outra patologia associada se calhar os 21 dias não é suficiente porque temos de trabalhar a parte exterior para que este doente se possa sentir bem para não quando chegar lá fora fazer outra tentativa. Por isso o tempo de internamento nestes doentes, eu acho é que para alguns é muito pouco.” (Entrevista 2)

“Isso é variável, mas poderá ir de 2 a 3 semanas, dependendo muito do profissional de saúde, da parte médica que segue o utente. Além disso, depende da situação, temos situações em que as pessoas são internadas por tentativa de suicídio e na mesma semana têm alta ou mesmo eles pedem alta contra parecer médico.” (Entrevista 8)

“... com a reestruturação dos serviços, o período de internamento é mais curtos para estas pessoas, até então andava por 1 mês a 1 mês e meio e, isso para nós enfermeiros dava-nos mais hipótese de trabalharmos atempadamente e com mais disponibilidade este tipo de dinâmicas. Neste momento temos reuniões semanais que nos agendam mais ou menos o tempo de internamento destes doentes e talvez aí encurta mais a nossa possibilidade de intervenção, porque eles de 15 dias a 3 semanas é o tempo de internamento para eles.” (Entrevista 11)

3.2. O Comportamento do Utente Após a Tentativa de Suicídio

No que se refere às expectativas e mudanças nos utentes com comportamento parassuicidário, aquando do internamento, pode-se constatar, através da análise das entrevistas realizadas, que todos os enfermeiros entrevistados referem verificar-se mudanças nas expectativas dos utentes quando estão internados. Estas alterações devem-se não só ao efeito da medicação, mas também devido às intervenções de enfermagem e porque os utentes estão retirados do contexto social que, muitas vezes, está na origem do comportamento suicidário;

“Em relação à tentativa em si, quase todos, é raro aquele doente que diz que mantém ideação, que vai fazer o mesmo, normalmente eles tem noção de que estavam errados que se calhar não escolheram a melhor solução para aquele problema, que o problema se vai manter e que vai ter de arranjar outra forma de o enfrentar, pode demorar mais tempo mas, pelo menos dá um sinal positivo de que vai tentar resolver o problema de outra maneira.” (Entrevista 1)

“Eu penso que sim, pelo menos quando entram, entram com um diagnóstico de ideação suicida e depois ao fim, muitas vezes de uma semana, os doentes verbalizam que foi um episódio único, que já não se querem matar mas sim resolver os seus problemas.”
(Entrevista 8)

Quando questionados sobre qual o contacto do enfermeiro após a alta clínica do utente parassuicida, a totalidade dos enfermeiros inquiridos refere perder o contacto com o utente após a alta clínica, excepto se o mesmo for reinternado por nova tentativa de suicídio, o que acontece com frequência. As recaídas surgem maioritariamente devido ao utente manter os motivos que estiveram na origem da primeira vez que praticou o acto, recorrendo habitualmente ao mesmo método.

“Infelizmente não, acho que isso é um dos aspectos negativos do contexto da prática de enfermagem no internamento hoje em dia. Porque se pensarmos, falamos constantemente nisto... que somos aqueles que os percebemos, que os entendemos e que estamos sempre com eles, mesmo quando eles fazem uma tentativa deste género e depois quando fazem um passo significativo que será o sair do internamento para ir novamente para o contexto dos problemas, são abandonados por aqueles que mais os seguiram.”
(Entrevista 5)

“Aqui no internamento entram a maior parte das vezes por recaídas.”, “Esse contacto é perdido, a não ser que seja reinternado, muitas vezes por nova tentativa de suicídio devido à permanência dos problemas de base que não consegue lidar, recorrendo maioritariamente à mesma forma de tentativa.” **(Entrevista 12)**

O facto da pessoa ter história prévia de tentativa de suicídio poderá ser um importante indicador da possibilidade do comportamento suicidário se repetir (ocorrendo em cerca de 14% a 50% dos casos). Na verdade, de 10% a 14% das pessoas que já fizeram uma tentativa de suicídio acabam por morrer devido a tal comportamento. Cerca de 30% a 60% dos suicídios são cometidos após várias tentativas de suicídio (Corrêa; Barrero, Perez, 2006, p.25)

4. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A INTERVENÇÃO CLÍNICA

Numa perspectiva de desenvolvimento da profissão, é de extrema importância os enfermeiros darem visibilidade às suas competências e mostrarem-se como cuidadores, podendo as suas intervenções dar origem a resultados concretos em termos de ganhos em saúde e/ou bem-estar.

Porém, cada vez mais nas sociedades actuais, é exigido aos enfermeiros a prestação de cuidados mais eficazes e de maior qualidade. Neste sentido, torna-se necessário estarem habilitados e dominarem determinadas competências específicas. As competências profissionais, ao serem entendidas como elementos básicos da qualidade prática, resultam da combinação entre vários saberes (saber ser, saber estar, saber fazer, saber aprender e saber transformar-se). Deste modo, para satisfazer este requisito torna-se imprescindível que os enfermeiros possuam competências específicas em determinados campos, para que tenham visibilidade e para que sejam considerados como elementos indispensáveis.

No que respeita à Ordem dos Enfermeiros e sua criação em 1996, foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) - Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (*alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril*), que prevê a criação de uma Associação Profissional dos Enfermeiros.

De acordo com o Regulamento atrás mencionado, o *enfermeiro especialista é o profissional* “com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Desta forma, o enfermeiro especialista acaba por ficar mais habilitado a desenvolver as suas actividades, conquistando maior autonomia e competência.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), competência é “(...) *um fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional.*”

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, podendo a sua área de actuação ser desenvolvida a nível de cuidados de saúde primários, secundários e terciários. Também envolve as dimensões da educação, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade a nível da investigação de forma a poder contribuir para a progressão e melhoria da prática em enfermagem.

4.1. A Especificidade de Intervenção e Ajuda

Quando questionados sobre quais os recursos necessários para o tratamento adequado do utente parassuicida, a maioria dos enfermeiros entrevistados é da opinião que devido ao curto período de internamento, associado à falta de recursos humanos e de tempo, não são desenvolvidas estratégias a fim de habilitar o utente no desenvolvimento de competências capazes de o ajudar a lidar com situações problemáticas e stressantes, que muitas vezes estão na origem do comportamento suicidário, dando assim origem a novas situações (recaída), ou seja, novas tentativas de suicídio. Além disso, associado à falta de recursos humanos (pessoal de enfermagem) os Enfermeiros Especialistas acabam por desenvolver actividades de Enfermeiros Generalistas, não tendo tempo para desenvolver outras actividades da sua responsabilidade/competência, nomeadamente a nível das psicodinâmicas;

“... devido ao curto internamento e devido ao excesso de trabalho que se está a notar nestes internamentos e também há falha de pessoal a nível de enfermagem, não podemos exceder muito mais do que uma vigilância. Não há tempo, não há pessoal que possa dar outras respostas. Numa média de 2 enfermeiros por turno, excepcionalmente 3 não dá resposta para nós fazermos muitas mais intervenções a não ser uma vigilância e às vezes uma conversa informal ou uma conversa que se possa ter com o doente e alertá-lo para toda a situação, não conseguimos exceder muito mais do que isto. Mas nós os especialistas, estamos a fazer o trabalho dos colegas de base ... mas se calhar a meio da manhã poderia fazer as minhas funções de especialista e não consigo,.. poderia fazer essas funções na qual a escola teoricamente me preparou, mas não tenho tempo pois estou a fazer o trabalho de um enfermeiro geral, não estou a fazer o meu trabalho de especialista porque não há tempo nem condições.” (Entrevista 2)

“Se for um doente que tenha mesmo ideação suicida e que tenha problemas económicos e que seja uma pessoa que não tenha outra patologia associada se calhar os 21

dias não é suficiente porque temos de trabalhar a parte exterior para que este doente se possa sentir bem para não quando chegar lá fora fazer outra tentativa. Por isso, o tempo de internamento nestes doentes, eu acho é que para alguns é muito pouco.” (Entrevista 2)

4.2. Ser Generalista e Especialista: Intervenções Comuns e Específicas

Quando questionados sobre quais as competências que desenvolvem como Enfermeiro Especialista e que o distinguem do Enfermeiro Generalista, a maioria dos participantes (7 dos 12) refere conseguir desenvolver actividades específicas da sua categoria profissional, além de cuidados de enfermagem gerais (prestação de cuidados de higiene, administração de medicação e vigilância), embora reconheçam as limitações que recursos, que os impedem de alcançar a situação ideal. As actividades desenvolvidas como Enfermeiro Especialista, aquando da prestação de cuidados a utentes com comportamento parassuicidário, baseiam-se essencialmente na realização de sessões de relaxamento, sessões de reestruturação cognitiva, relação de ajuda, sessões para desenvolvimento de mecanismos de coping, dinâmicas de grupo e individuais, entrevistas com a família no sentido de a envolver no processo de recuperação do utente;

“O que me distingue e o que está preconizado, nós aqui fazemos é de facto as relações de ajuda, as intervenções psicoterapêuticas serem feitas pelo Enfermeiro Especialista porque tem que ter mais conhecimento, tem que ter mais tacto, uma capacidade para conseguir lidar com a situação mais especializada, para poder juntamente com a pessoa delinear estratégias de forma a minimizar ou levar à resolução do problema.” (Entrevista 11)

“Realmente o enfermeiro generalista tem uma intervenção menos específica, dá a medicação ao utente a atende às necessidades básicas do utente nomeadamente cuidados de higiene, tudo o que tenha a ver com os cuidados imediatos e no essencial. O trabalho do especialista tem intervenções mais específicas nomeadamente as terapias cognitiva-comportamentais, terapias de grupo, relaxamento, escuta activa, etc.” (Entrevista 4)

Contudo, também há Enfermeiros Especialistas que referem não desenvolver actividades específicas da sua categoria profissional, desenvolvendo única e exclusivamente actividades de Enfermeiro Generalista; tal situação ocorre devido ao facto de existir indisponibilidade de tempo e falta de recursos humanos;

“...este tipo de doentes passavam por outras técnicas, por psicotécnicas, como o relaxamento ou outro tipo de intervenção, falar com este tipo de doentes, ter outro tipo de dinâmica, mas neste momento ... não conseguimos criar condições para dar respostas. Sabemos que precisamos de mais tempo, sabemos que precisamos de mais pessoas, pessoas especializadas, porque não é o enfermeiro de base que vai conseguir dar resposta especializada a este doente. Mas nós os especialistas, estamos a fazer o trabalho dos colegas de base, eu vou numa manhã dar banhos.” (Entrevista 2)

“...nem sempre há oportunidade mas tentamos sempre fazer uma relação de ajuda em que estamos a ajudar a própria pessoa a mudar as formas de ver a situação, de lidar com as situações. Mas isso nem sempre é viável por indisponibilidade de tempo por indisponibilidade do serviço.” (Entrevista 3)

Pode-se constatar que o contacto sistemático do Enfermeiro Especialista com realidades idênticas facilita o acesso teórico e prático sobre os cuidados a prestar face aos diagnósticos dos utentes, permitindo ao profissional aperfeiçoar e desenvolver competências necessárias para a melhoria na prestação de cuidados, tendo em vista a excelência do cuidar em enfermagem.

Quando interpelados sobre qual a relevância das reuniões/discussões em equipa para o desenvolvimento de competências para ajudar utentes parassuicidas, todos os enfermeiros entrevistados referem que as mesmas são de extrema importância para que haja troca de informação, partilha de experiências e de perspectivas, a fim de que seja elaborado um plano de intervenção para o utente, no sentido de toda a equipa ter a mesma linha de orientação e de pensamento perante a mesma situação.

“É essencial nós trocarmos as nossas experiências, opiniões, tirar conclusões para chegarmos realmente a conclusões e tomar decisões específicas sempre de forma a melhorar as nossas competências e prestar melhores cuidados a essas pessoas. As decisões são sempre tomadas em conjunto. Para que a informação seja passada correctamente sem fuga é essencial todos termos a mesma linguagem porque assim podemos intervir da forma mais adequada.” (Entrevista 4)

“Ouvir o ponto de vista de outro profissional, é sempre importante, acrescenta os nossos conhecimentos, esclarecemos dúvidas, ... portanto esta partilha permite-me um crescimento individual. Portanto, se eu crescer individualmente, meloro as minhas competências e posso melhorar as minhas intervenções junto dos utentes.”(Entrevista 6)

Relativamente às dificuldades manifestadas pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados a utentes com problemática suicidária, os mesmos referem que estas se prendem essencialmente com o facto de o utente não expressar as suas emoções/sentimentos, estar pouco comunicativo e ter tendência ao isolamento social, tornando-se assim difícil o estabelecimento de uma relação empática. Tal situação deve-se, normalmente, a serem pessoas muito reservadas, defensivas, desconfiadas, sendo por vezes difícil abstraí-las dos pensamentos de morte.

“Principalmente que a pessoa se “abra” e confie em nós, acho que é uma das principais dificuldades ... são pessoas reservadas que não gostam de expor a situação, isto no parassuicida.” (Entrevista 1)

“Às vezes eles são um bocadinho defensivos na forma como falam connosco, não nos conhecem e vêem -nos como algo exterior e certamente têm dificuldade em abordar as suas dificuldades e é preciso um bocadinho de tempo para conseguirmos chegar lá, para podermos ajudar realmente.” (Entrevista 3)

Embora com menor frequência, pode-se verificar através da análise de alguns discursos dos profissionais, que outra das dificuldades manifestadas se prende com a limitação que o profissional tem em identificar se o comportamento parassuicidário que o utente apresentou teve ou não uma vertente séria ou apelativa. Caso o comportamento tenha uma vertente apelativa, torna-se difícil por parte do profissional aceitar o referido utente, pois entende que este apenas quis agredir, manipular ou provocar sentimentos de culpa nos outros com o intuito de obter benefícios secundários ou para prejudicar terceiros;

“Uma das principais dificuldades, é muitas vezes descortinar qual o objectivo pelo qual o doente cometeu aquele acto, se é uma tentativa real de querer consumir o acto ou se é apenas uma chamada de atenção.” (Entrevista 8)

“As principais dificuldades são: aceitar o utente com comportamento apelativo, com o objectivo de ter benefícios, nem que para isso prejudiquem quem lhes é próximo como pais e filhos.” (Entrevista 12)

“As dificuldades são, às vezes tentar quando são situações apelativas é muito complicado gerir porque sei que esta pessoa inconscientemente quer ganhos ali e não consegue perceber, não consegue se expor directamente de forma a poder gerir a sua vida de uma forma saudável... ela está a pedir a outros mudanças na vida deles, está a solicitar

do outro algo que não é correcto, está a exigir do outro situações que não devia, por exemplo, quando põe em causa crianças, velhinhos, os pais velhinhos que vêm às visitas, eu acho que isso mexe muito comigo. Quando são situações de facto de tentativas graves, em que envolvem riscos para a pessoa, é para mim difícil de lidar pois esta pessoa está sempre em risco iminente de perder a vida.” (Entrevista 11)

Mesmo havendo a preocupação em executar um trabalho adequado com estes utentes, existem profissionais que lidam com eles manifestando sentimentos de desprezo e incompreensão.

“Mas a experiência que eu tenho com este tipo de doentes só me podem ajudar se eu olhar para eles como sendo uns casos falhados. Eu não me vou basear na experiência deles nem na realidade deles se algum dia tiver um problema, todos os temos ... e acho que a força que posso ir buscar a eles é um exemplo a não seguir, pois o suicídio ou o parassuicídio não nos leva a lado nenhum. Acho que não são um exemplo para ninguém, pois os problemas têm de ser resolvidos por outra via e não muitas vezes com chamadas de atenção ou actos concretizados de suicídio, acho que só iria agravar a situação de uma família ou mesmo da situação.” (Entrevista 8)

“Sim, normalmente mesmo a maneira de falar tentamos não lhe tocar tanto ao coração, não ser tão meigo nem tão acolhedores como quando estamos perante alguém que realmente nos pareça que está deprimido, que tinha intenção real de se magoar ou de se matar.” (Entrevista 8)

“... penso que cerca de 80% dos doentes que nos entram nos serviços e com os quais convivemos podemos dizer que têm um acto ou comportamento apelativo e, muitas vezes temos de prestar cuidados a doentes que para nós não são doentes é apenas alguém que quis fazer uma chamada de atenção para, tal como disse há bocado, ter benefícios e às vezes achamos que estamos a perder o nosso tempo com estes doentes, quando às vezes temos alguém ao lado e que precisa realmente de nós. Normalmente são doentes que mais nos ocupam pois estão sempre a reivindicar coisas no serviço são os mais apelativos, enquanto aquele que de verdade, se queria matar mesmo, está ao fundo da sala e não nos diz nada.” (Entrevista 8)

“Eu penso que quase sempre é o mesmo, acho que também estas pessoas, vá lá em termos de inteligência não são muito dotadas de inteligência porque senão conseguiam perceber que afinal têm que procurar um emprego, têm que se agarrar ao que têm de positivo e de bom e não querer solicitar mais e colocar nos outros os problemas que são seus.” (Entrevista 11)

4.3. Que Contributos a Nível da Formação?

A nível da formação académica pode-se verificar que as escolas são o principal contributo no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista. Porém, a maioria dos enfermeiros entrevistados refere que as escolas devem investir mais na componente prática, não só através do aumento do número de horas em período de estágio nos serviços de internamento de psiquiatria, mas também através de aulas teórico-práticas. Assim, o Enfermeiro Especialista poderia desenvolver a aplicação das psicodinâmicas, obtendo maiores aptidões para aperfeiçoar e aplicar as dinâmicas aprendidas, conseguindo obter maior destreza e “à vontade” quando tiver que aplicar as mesmas em contexto real;

“A minha sugestão é que deveria investir muito mais em aulas teórico-práticas, nomeadamente simulações, demonstrações, fazer porque não, psicodramas, no sentido das pessoas adquirirem mais-valias para depois na sua prática exercerem isso de uma forma muito mais exequível. Estarmos muito mais capacitados para a execução desses mesmos programas. Nós aprendemos muito teoricamente mas depois falta-nos o substrato relativamente à prática, porque perante a realidade, o facto de termos um doente à nossa frente, embora nós saibamos teoricamente nem sempre adequamos aquilo que aprendemos na teoria à prática pois falta-nos um pouco de destreza, de traquejo na execução desses mesmos programas.” (Entrevista 9)

“Sim, eu gostaria que a minha especialidade tivesse tido mais a componente prática em termos de desenvolvimento de competências e de formação do enfermeiro. Não só nas dinâmicas práticas nos jogos, quais são os jogos que mais se adequam mais para isto ou para aquilo, que tipo de reformulação eu faço, que nível de intervenção devo fazer se é só a nível psíquico ou se é a nível cognitivo-comportamental.” (Entrevista 11)

Uma segunda opinião obtida através das entrevistas, mas com menor incidência que a anterior, é que os enfermeiros referem que seria importante as escolas investirem mais na formação dos enfermeiros relativamente à área do comportamento suicidário, esclarecendo quais os factores predisponentes de tal comportamento, quais as formas de intervenção mais eficazes, entre outros, para que os profissionais de enfermagem possam estar mais habilitados a poder lidar com as situações aquando da prática clínica.

“É assim, claro que as formações são sempre bem-vindas, uma actualização constante ou o relembrar de qualquer método ou metodologia mais actual talvez na

escola é importante que seja transmitida para nós profissionais que não temos tanto acesso a essa actualização, por isso é importante para nós termos esse tipo de ligação com a escola.” (Entrevista 10)

Da análise dos depoimentos obtidos pode-se concluir que é de primordial importância habilitar-se os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, principalmente os que exercem funções em serviços de internamento completo, no desenvolvimento de competências para que possam lidar, de forma eficaz, com os preconceitos e as dificuldades que se lhes deparam no contacto com utentes com problemática suicidária. Desta forma, poder-se-ão abrir perspectivas para uma melhor prestação de cuidados a estes utentes que muitas vezes vêem a morte como a derradeira salvação dos seus problemas, não vendo necessidade de enfrentar os mesmos, que são cada vez maiores e mais frequentes resultantes da vida actual.

5. CONCLUSÃO

“A conclusão de um trabalho de investigação social compreenderá geralmente três partes: uma retrospectiva das grandes linhas do procedimento que foi seguido; depois uma apresentação pormenorizada dos contributos para o conhecimento originados pelo trabalho e, finalmente, considerações de ordem prática”

Quivy (2005, p.243)

Todo e qualquer acto suicida, atendendo à sua agressividade, provoca uma forte repercussão, impacto e sofrimento em qualquer pessoa, principalmente junto daquelas que se encontram próximas a quem o pratica, tais como familiares, amigos e até mesmo equipas de saúde que muitas vezes se sentem frustradas e impotentes por não terem conseguido evitar a concretização do acto.

Assim, a única forma que se tem de lidar com o comportamento suicida é unindo esforços quer de técnicos de saúde, quer da sociedade em geral. Só assim torna-se possível colaborar na diminuição/resolução desse problema que não diz só respeito ao indivíduo que atenta contra a própria vida, nem da família da qual faz parte; trata-se pois de um problema de todos aqueles capazes de criar proximidade com alguém em sofrimento.

O comportamento suicidário, além de ser um problema bastante complexo, ao qual não pode ser atribuída uma única causa ou razão, sendo pois o resultado da interacção de vários factores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais), é também um comportamento ambivalente onde impera em simultâneo o desejo de morrer e o desejo de viver.

O gesto suicida poderá ser repetido inúmeras vezes, pelo mesmo indivíduo, podendo por vezes ser considerado como um “pedido de ajuda ou de mudança” por parte de quem o pratica. Estes gestos não devem nunca ser ignorados, pois quem os pratica fá-lo como estando crente que é a única solução para uma situação insuportável, onde impera a dor e o sofrimento.

O comportamento suicidário é considerado um problema de Saúde Pública que resulta da interacção de três factores importantes: pressão, stress

social/vulnerabilidade individual e disponibilidade dos meios para cometer o suicídio. Assim, é de extrema importância os enfermeiros desenvolverem competências nesta área, a fim de estarem habilitados na prevenção, ajuda e resolução do problema.

Estratégias preventivas, sejam primárias ou secundárias, devem actuar directamente sobre estes factores. Estas estratégias deverão incluir: criação de serviços de apoio e promoção da sua utilização; desenvolvimento de programas com a finalidade de promover estratégias de resolução de problemas e a auto-estima; aumentar o conhecimento e a consciência das pessoas para a problemática do suicídio e restringir o acesso aos métodos auto-destrutivos.

Todos os técnicos de saúde deverão ter o compromisso, a sensibilidade, o conhecimento, a preocupação com outro ser humano e a crença de que a vida é algo que vale a pena ser vivida, devendo-se pois enfatizar os aspectos positivos que ela nos dá.

Além disso, atendendo a que cada vez mais nas sociedades modernas se verificam taxas mais elevadas de comportamentos suicidários nas classes mais jovens (adolescência), todos os profissionais de saúde devem ter um importante papel a desenvolver no seio da família, a fim de habilitar a mesma a despistar, encarar e diminuir o sofrimento quando um dos seus elementos opta por comportamentos suicidas.

Atendendo ao facto de muitos casos de ideação suicida ou de tentativa de suicídio não chegarem aos serviços de psiquiatria ou a técnicos de saúde nessa área, devido ao estigma, torna-se necessária a existência de serviços de apoio na comunidade a fim de promoverem a ajuda e o encaminhamento, desmistificando preconceitos e ideias erradas. Deve-se pois dar particular atenção em proporcionar e melhorar continuamente o acesso e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes que recorrem aos serviços, oferecer o tratamento num ambiente restritivo, de forma a contribuir para uma diminuição progressiva da discriminação, respeitar os direitos humanos bem como a dignidade da pessoa doente e, por fim, contribuir para a inclusão social das pessoas com comportamento suicidário.

Em Saúde Mental e Psiquiatria, os cuidados de enfermagem devem ter por base a promoção da saúde mental ou prevenção das doenças mentais, os factores de protecção do indivíduo, família, comunidade e da sociedade (capacidade de

recuperação, adaptação ou resiliência) devem ser reforçados, devendo assim contribuir para diminuir ou anular os efeitos dos factores de risco.

Os centros de emergência, ainda que com apoios técnicos específicos, e o papel da religião, através do apoio espiritual, poderão ter um contributo fundamental e essencial no que se refere à prevenção dos comportamentos suicidários. A eficácia destes serviços será tanto maior quanto maior for a sua facilidade e disponibilidade, quanto maior for a sua proximidade com a população a que se destina, quanto maior for a sua divulgação e difusão entre a comunidade e, quanto maior for a consciência das suas limitações e articulação com os serviços de saúde especializados.

Em Portugal (Dezembro de 2000), foi criada a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, tendo como principais objectivos: estudar o suicídio e as suas condutas.

Em 2003, por iniciativa da Associação Internacional de Prevenção do Suicídio e apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu-se o dia 10 de Setembro como a data para celebrar as comemorações do Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. Estas comemorações têm como principais objectivos: sensibilizar e convocar os países-membros para a criação de estratégias para a prevenção do suicídio, melhorar o esclarecimento acerca dos comportamentos suicidários (através da divulgação de informação), diminuir o estigma e, principalmente divulgar que o comportamento suicidário pode ser prevenido.

Em suma O Plano de Prevenção do Suicídio, em Portugal, deverá ter diversas estratégias de actuação:

- Tarefa educativa geral;
- Esclarecimento da comunidade;
- Ajudas para pessoas em risco;
- Identificação de grupos de alto-risco (idosos, depressivos, alcoólicos e jovens);
- Estudos de factores precipitantes -epidemiologia e medidas apropriadas;
- Reorganização dos Serviços de Saúde Mental - serviços de atendimento permanente e apoio às famílias de suicidas e pelos quatro níveis de intervenção para prevenção do suicídio.

Ajudar o utente com comportamento suicidário não é fácil. Contudo, ninguém nasce já a saber o que fazer e como o fazer, pois ajudar significa dar aquilo que a pessoa precisa e não aquilo que os profissionais de saúde acham que ela precisa.

Após a realização deste trabalho de investigação, tendo para a concretização do mesmo obtido algumas opiniões de Enfermeiros Especialistas/Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, bem como tendo recorrido à consulta de bibliografia, mantêm-se algumas hipóteses que podem suscitar motivo de interesse para outras investigações:

- Será que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria estão isentos ao impacto causado pelo comportamento parassuicidário, por desvalorizarem a importância do acto propriamente dito, por desconhecimento do tema, por negação ou meramente por dar mais valor aos seus preconceitos e dificuldades pessoais?
- Será que os profissionais de saúde em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, atendendo ao facto de estarem formatados para salvar vidas e não para lidar com a morte, estão preparados para lidar com os utentes com problemática parassuicidária?

Deparei com algumas dificuldades que se prenderam com a recolha de material bibliográfico, bem como com a selecção dos artigos, pois embora haja várias publicações sobre a mesma temática, sendo muitas vezes do mesmo autor, verifica-se que em termos de informação pouco acrescentam de novo relativamente a publicações anteriores. Além disso, em termos bibliográficos, não foi possível aceder a informação específica sobre o que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria fazem no sentido de ajudar a reestruturar cognitivamente o utente parassuicida, no sentido de lhe facultar capacidades, que lhe permitam aprender a lidar de forma eficaz com situações perturbadoras que eventualmente, possam estar na origem do comportamento parassuicida. Porém, ultrapassadas estas dificuldades, pode-se concluir que a elaboração deste trabalho contribuiu, de forma positiva, para o desenvolvimento de competências na área da investigação, bem como para a aquisição de conhecimentos. É de acreditar que, desta forma, tenha sido possível alcançar os objectivos propostos inicialmente.

Para que o apelo do gesto suicida possa ser ouvido, é necessário que todos lhe demos voz. É dever de todos, estar atentos às mensagens daqueles que pensam em atentar contra a própria vida.

“É uma resposta aos que chamam ao suicídio um fim de cobardes e de fracos, quando são unicamente os fortes que se matam! Sabem lá esses pseudo-fortes o que é preciso de coragem para friamente, simplesmente, dizer um adeus à vida, à vida que é um instinto de todos nós, à vida tão amada e desejada a despeito de tudo, embora esta vida seja apenas um pântano infecto e imundo!”

Florbelia Espanca

6. REFERÊNCIAS

6.1. Bibliográficas

ABREU, W. - Transições e Contextos multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidados Informais. 2ª ed. Coimbra, Formasau, ISBN: 978- 989-8269-13-3, 2011.

AFONSO, R. - Representações do impacto da situação de emprego desemprego nas práticas familiares. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2003.

ALARCÃO, M. (des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto. Alte da Veiga, F. (2005). Epidemiologia em Portugal. In D. Sampaio (chair), Suicídio no Idoso. V Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia: Depressão no Idoso, 2002.

ALTE da Veiga, F. SARAIVA, C., SANTOS, Z., CRAVEIRO, A., TAVARES, A., & VINAS, C.- Conceitos de vida, morte e suicídio em adolescentes. *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 295-300, 1998.

ALTE da Veiga, F., & SARAIVA, C.- Age patterns of suicide. Identification and characterization of European clusters and trends. *Crisis*, 24 (2), 52-67, 2003.

AMBRÓSIO, A.; ALVES, M.; MARQUES, A.; SANTA, J.; SILVA, B. et VIEIRA, D.N. - Neurotrofinas e suicídio: associação entre SNF S205L do gene P75NTR e o suicídio no sexo masculino. Poster. Prémio Abbott II Products, 8as Jornadas sobre Comportamento Suicidário, Luso, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ARANTES, F.; GONÇALVES, R.; COELHO, R.- Á procura de marcadores biológicos no comportamento suicidário. *Acta Médica Portuguesa*, 21: 89-98, 2008.

AREAL, F.- Factores de risco e prevenção do suicídio. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 3 (12), 26-36, 1999.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3.a ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUDRY, P. - Antigos e novos factores em matéria de suicídio. *Concilium: revista internacional de teologia*. Petrópolis, v.21, n.199, p.255-264, 1985.

BAUTISTA, M.; CORREA, M.- Ajuda perante o suicídio. São Paulo: Paulinas, p. 6 (Colecção: Pastoral da saúde), 2000.

BENINCASA, M; REZANDE, M.M. - Tristeza e Suicídio entre adolescentes: factores de risco e protecção. *Boletim de Psicologia*, (124), 93-110, 2006.

BORGES; V.R.- Ideação Suicida na Adolescência. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BOTEGA *et al* - Prevenção do Comportamento Suicida. *Psico*, 37, Porto Alegre, 213- 220, 2006.

BOTEGA, N. J. Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: Lafer, B. et al. Depressão no Ciclo da Vida. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BOTEGA, N. J.- Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1) São Paulo Mar, 2007.

BOTEGA, N.J.; MAURO, M.L.F. & CAIS, C.F.S.- Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida - Supre -miss - Organização Mundial de Saúde. In: Werlang, B. & Botega, N.J. (orgs.). Comportamento Suicida (pp 123-140). Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRANDÃO, A. K.- Psicopatologia: Suicídio. *Revista Sinergia*, 5 (2). Julho a Dezembro, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Portaria n 1.876 de 14 de Agosto de 2006.

BRUGUÈS, J. L. - Morte. In: Dicionário crítico de teologia. São Paulo: Paulinas, Loyola, 2004, p.1200.

CAIS, C.F.S; STEFANELLO S; MAURO M.L.F.; FREITAS G.V.S.; BOTEGA N.J.- Factors associated to repeated suicide attempts: preliminary results of the W.H.O. Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Crisis* (em avaliação), 2008.

CANTOR, C. (et al) - Suicide prevention: a public health approach. *Australian and New Zeland Journal of Mental Health Nursig*. VIII: 45-50, 1999.

CHEHIL, S.; KUTCHER, S, “Gestão de Risco de Suicídio”, Lundbeck Institute, Revisfarma- Edições Médicas, Lda, 1ª Edição, ISBN: 978-989-8036-21-6, 2007.

CHIAVENATO, I.- Recursos humanos. 4ª ed. São Paulo: Atlas, ISBN 85-224-1602-8, 1997.

CORRÊA; BARRERO, Sérgio Perez. (ed.). Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, p. 25. 26, 2006.

COUTINHO, M.P.L. *et al*- Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *PsicoUSF*, (8) 183-192, 2003.

CRAVEIRO, A.; VEIGA, F.; VICENTE, C.; TAVARES, A; VIÑAS, C.; SANTOS, Z.; PRIMAVERA, R. & SARAIVA, C.- Epidemiologia do parassuicídio no concelho de Coimbra (anos de 1994-1995-1996-1997). *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 283-288, 1998.

DIAS CORDEIRO, J.C. -“Manual de Psiquiatria Clínica”, Fundação Calouste Gulbenkian, 3ª edição, Lisboa, ISBN: 972- 31- 0939-5, 2005.

DURKHEIM, É. - O suicídio. Introdução, Cap. I, II e III, Livro II, cap. I, II, III, IV e V. São Paulo, Martin Claret, 2008.

DURKHEIM, E. - O Suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

- FERNANDES, O., & Lopes, M. - Corpo, saúde e doença: que representação dos enfermeiros? Actas do IV Congresso Português de Sociologia. Associação Portuguesa de Sociologia APS. Disponível em CD, 2000.
- FORTIN, M. F.- Fundamentos e etapas do processo de Investigação. Loures: Lusociência - Lusodidacta, 2009.
- FORTIN, M. F. -O processo de investigação, da concepção à realização. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda, 1999.
- FRAZÃO, P. et SAMPAIO, D.. Família e suicídio. In Comportamentos Suicidários em Portugal, cap.8,pp. 165-182. Ed. Sociedade Portuguesa de Suicologia, 2006.
- FREITAS G.V.S. e BOTEGA - Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. Revista da Associação Brasileira de Medicina 48 (3): 245-249, 2002.
- GOLDNEY, R. - Suicide Prevention: a pragmatic review of recent studies. Crisis. XXVI (3): 128-140, 2005.
- GOULD, M.; JAMIESON, P. & ROMER, D. - Media contagion and suicide among the young. American Behavioral Scientist, 9 (46), 1269-1284. 160,2003.
- HILLARD, J. - Emergency management of the suicidal patient. In: WALKER, Ingram. Psychiatric Emergencies. Philadelphia: Lippincott Company, 1983.
- LOPES, Paula (et al). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação de efeito de gênero na depressão e personalidade. Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa: 2(1): 47-57, 2001.
- MACEDO, A.; DOURADO, A.; VALENTE, J.; COELHO, I.; SOARES, M.J.; SANTOS, V. et AZEVEDO, M.H.P. - Comportamento suicida: alguns aspectos neurobiológicos. Psiquiatria Clínica, 23 (1): 29-41, 2002.
- MARCONI, M.; LAKATOS, E.- Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas, 2003.
- MARCUS, M.T.; LIEHR, P.R - Abordagens de pesquisa qualitativa. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 122-139, 2001.
- OMS. *THE WORLD HEALTH REPORT 2000*. Suicide. Genebra: Disponível em: Ordaz, O.; Vala, J. (1997) .Objetivação e Ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa. *Análise Social*. - Lisboa. (32), 847-874, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Cid-10. Porto Alegre: ARTMED, 2003.
- PACKMAN, W.; MARLITT, R.; BONGER, B. & PENNUTO, T. - A comprehensive and concise assessment of suicide risk. Behavioral Sciences and the Law, 22, 667-680, 2004.
- PEIXOTO, B.; SARAIVA, C.B. et SAMPAIO, D. Coord.- Comportamentos Suicidários em Portugal. Edição da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006.
- POLIT, D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.- Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. São Paulo: Artmed, p.487. ISBN 85-7307-101-X, 2004.

POPE, C.; MAYS, N.- Pesquisa qualitativa na tenção à saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, p.118. ISBN 85-363-0455-3, 2005.

practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 2, 190-196, 2002.

PRIETO, D.; TAVARES, M. - Factores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 54(2), 146-154, 2005.

QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva Publicações, 1992.

SAMPAIO, D. - Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio. Lisboa: Editorial Caminho, 2002.

SAMPAIO, D.; OLIVEIRA, A.; VINAGRE, M. G.; GOUVEIA, P. M.; SANTOS, N., & ORDAZ, O. - Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (18), 139-155, 2000.

SANTOS, J.C. - Emoção expressa e comportamentos parassuicidários. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, ICBAS, Porto, 2006.

SANTOS, J.C.; SARAIVA, C.B. et SOUSA, L. - Auto-conceito e comportamentos para-suicidários, *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº10, p. 68-75, Agosto, 2004.

SARAIVA, C., & Primavera, R. - Para-suicídio e suicídio - dados de um banco de urgências. *Psiquiatria Clínica*, 18 (2), 107-117. 1997.

SARAIVA, C.B. - Estudos Sobre o Para-Suicídio o que leva os jovens a espreitar a morte, 1ª edição de Setembro de 2006.

SARAIVA, C.B. - Para - suicídio. Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrente. Coimbra: Quarteto Editora. 1999.

SARAIVA, C.B.- Estudos sobre o para-suicídio - o que leva os jovens a espreitarem a morte. Coimbra, 2006.

SCHMITT, R. (et al) - Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: SCHMITT, Ricardo (et al). *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, vol I, 2001.

SCHOTTE, D.; CLUM, G. - Suicide Ideation in a College Population: a test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 5, 690-696, 1982.

SCHWARTZ, R.; ROGERS, J. - Suicide assessment and evaluation strategies: a primer for counselling psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 1, 89-97, 2004.

SEQUEIRA, C.- Introdução à Prática Clínica. Coimbra, ISBN: 989-558-083-5, 2006.

SILVA, V.F.; OLIVEIRA, H.B.; BOTECA, N.J.; MARIN, L.L.; BARROS, M.B.; DALGALARRONDO, P. -Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study]. *Cad Saude Publica* 22(9):1835-43, 2006.

STAAL, M.; HUGHES, T. - Suicide Prediction in the U. S. Air Force: implications for

STREUBERT, H.J; CARPENTER, D.R.- Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª ed. Loures : Lusociência, 2002.

Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social.

VAZ, S.A. & POCINHO, F. - Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 2001; 22 (1) 9-21, 2002.

WERLANG, B.S.G; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. - Factores de risco ou protecção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, (39), 259-266, 2005.

6.2. Sitiografia

COSTA, J., Tentativa de Suicídio, Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior -Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã, 2010. [Em linha] [Consult. a 01 de Março de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/868/josefacostapdf.pdf>

GONÇALVES, A.; FREITAS, P.; SEQUEIRA, C.- Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40: 149-159, 2011. [Em linha] [Consult. a 19 de Agosto 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/11.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE, 2001. [Em linha] [Consult. a 10 de Maio de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&contexto=pi&selTab=tab0

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - INE - Site oficial, 2011. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE

KELLER, M.; WERLANG, B.S.G. - Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de Suicídio, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 54 (2): 128-136, 2005. [Em linha] [Consult. a 23 de Fevereiro de 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd52/kell.pdf>

Manual Merck -Biblioteca Médica On Line: Secção 7: Perturbações Mentais. Capítulo 85: Comportamento Suicida, 2009. [Em linha] [Consult. a 8 de Janeiro de 2011] disponível em www.manualmerck.net/?id=111

MELO, R. C. C. P.- Auto-conceito: Implicações no desenvolvimento de estratégias de coping, *Nursing* nº 230, 2ª Edição, Serra Pinto - Edições e Publicações Unipessoal, Lda, Lisboa, (p. 6-13), 2008. . [Em linha] [Consult. a 10 de Janeiro 2011] disponível em WWW: URL: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3259:auto-conceito-implicacoes-no-desenvolvimento-de-estrategias-de-coping&catid=173)

[article&id=3259:auto-conceito-implicacoes-no-desenvolvimento-de-estrategias-de-coping&catid=173:](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3259:auto-conceito-implicacoes-no-desenvolvimento-de-estrategias-de-coping&catid=173)

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Brasil, Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio; Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: Manual para Professores e Educadores. GENEBRA, 2000. [Em linha] [Consult. a 17 de Junho de 2011] disponível em WWW:URL:http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*. Genebra: 2000. [Em linha] [Consult. a 17 de Junho de 2011] disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (SUPRE). WHO. Geneva 2001. [Em linha] [Consult. a 27 de Junho de 2011] disponível em http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/

PORTUGAL. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 129/2011, (pp. 8669-8673), 2011. [Em linha] [Consult. a 20 de Janeiro 2011] disponível em WWW:URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

SANTOS, J. C. ; SARAIVA, C.B. ; SOUSA, L.- Auto-conceito e comportamentos para-suicidários. Revista Investigação em Enfermagem, N° 10, (p. 68-75), 2004. [Em linha] [Consult. a 10 de Fevereiro de 2011] disponível em http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=241:revista-de-investiga-no-10-agosto-de-2004&catid=95:2004-a-2007&Itemid=80

SARAIVA, C.B. - A Consulta de Prevenção do Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra - uma sinopse, Fevereiro, 2011. [Em linha] [Consult. a 20 de Maio 2011] disponível em WWW: URL: <http://carlosbrazsaraiva.com/?p=179>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA: Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual - Psiquiatria Clínica, 31, (3), pp.185-205, 2010. [Em linha] [Consult. a 18 de Março de 2011] disponível em http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=135%3Asuicidio-de-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual&Itemid=1

TEIXEIRA, A.M.F.; LUÍS, M.A.V. - Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993, Cad. Saúde Pública v.13 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 1997. [Em linha] [Consult. a 14 de Maio de 2011] disponível em WWW:URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300027&lng=en&nrm=iso

ANEXOS

ANEXO I - Exemplar Do Guião Da Entrevista Semi-Estruturada

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Assistir doentes parassuicidas:
Subsídios para a reconstrução cognitiva

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

Orientador: Professor Doutor Wilson Abreu

Co-orientador: Professor José Carlos Carvalho

Elaborado por: Carla Maria de Sousa Aguiar

Porto, Fevereiro, 2011

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Assistir doentes parassuicidas:
Subsídios para a reconstrução cognitiva

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

Orientador: Professor Doutor Wilson Abreu

Co-orientador: Professor José Carlos Carvalho

Elaborado por: Carla Maria de Sousa Aguiar

Porto, Fevereiro, 2011

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- GUIÃO -

I - OBJECTIVOS GERAIS:

- a) Analisar, na óptica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as motivações expressas pelos utentes com manifestações suicidas;
- b) Avaliar eventuais mudanças de atitude perante a vida por parte do utente, antes e após o evento;
- c) Caracterizar as situações clínicas em que se envolveram os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, designadamente através da identificação de mensagens subliminares expressas pelos utentes;
- d) Identificar oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em matéria de regimes terapêuticos complexos, susceptíveis do melhorar o atendimento do utente com problemáticas suicidárias.

II – BLOCOS TEMÁTICOS:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DE PERGUNTAS
A. Legitimação da entrevista e motivação	A.1. Legitimar a entrevista;	A.1.1. Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objectivos; A.1.2. Assegurar a confidencialidade de todas as informações fornecidas; A.1.3. Solicitar autorização para a gravação da entrevista em fita magnética, que após tratamento da informação será destruída.

	<p>A.2. Motivar o entrevistado a participar na entrevista.</p>	<p>A.1.4. Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e que em qualquer altura poderá parar a entrevista.</p> <p>A.2.2. Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo;</p>
<p>B. Caracterização do entrevistado</p>	<p>B.1. Caracterizar os participantes do estudo</p>	<p>B.1.1. Solicitar dados sobre:</p> <p>Nº observação:</p> <p>Local:</p> <p>Serviço de Internamento:</p> <p>Data:</p> <p>Hora:</p> <p>Duração:</p> <p>Data da realização do comentário crítico:</p> <p>a) Idade:</p> <p>b) Género:</p> <p>c) Experiência profissional:</p> <p>d) Experiência profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiatria:</p>

		e) Serviço de internamento onde exerce funções:
C. Natureza do contexto da prática	<p>C.1. Identificar as características na prática clínica</p> <p>C.2. Avaliar a forma como é feita a integração no serviço de internamento do utente para- suicida</p>	<p>C.1.1. Qual a experiência que tem, na prática clínica, com utentes para- suicidas?</p> <p>C.1.2. Tendo em conta a sua experiência, em que medida existe uma associação entre o género e a ideação suicida?</p> <p>C.1.3. E entre o género e a concretização do acto suicida?</p> <p>C.1.4. Qual a média de idades dos utentes que assistiu com ideação suicida?</p> <p>C.1.4. Quem lhe parece cometer actos suicidas com maior gravidade? Porquê?</p> <p>C.1.5. Quais os motivos mais apontados pelos utentes para- suicidas para justificar o comportamento ou ideação suicida?</p> <p>C.2.1. Indique quais as estratégias utilizadas na integração no serviço de internamento do utente para- suicida?</p> <p>C.2.2. Parece-lhe que essas estratégias são as mais adequadas?</p> <p>C.2.3. Como pensa poder melhor contribuir para a recuperação e prevenção de recaídas do utente para- suicida?</p>
D. Expectativas dos utentes para- suicidas	D.1. Conhecer as expectativas dos utentes para- suicidas relativamente à prática clínica	<p>D.1.1. Na sua perspectiva, em que medida se verifica uma mudança de expectativas do utente com ideação suicida desde o momento de admissão até à alta clínica?</p> <p>D.1.2. Após a alta clínica, do internamento, do utente para- suicida, continua a manter contacto com esse mesmo utente?</p>

		<p>De que forma?</p> <p>D.1.3. Em que medida tem experiência de assistir utentes com problemas recorrentes de suicídio? Tem alguma explicação para essa recorrência?</p>
E. Trajectórias da aprendizagem	<p>E.1. Identificar as competências desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na prática clínica;</p> <p>E.2. Analisar a construção do pensamento do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em contexto clínico;</p> <p>E.3. Avaliar a forma como a reflexão influencia a aprendizagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.</p>	<p>E.1.1. Indique quais as intervenções específicas que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pode desempenhar perante um utente para-suicida.</p> <p>E.1.2. O que aprende ou que competências desenvolve à medida que presta cuidados a utentes para- suicidas?</p> <p>E.1.3.Quais as principais dificuldades que sente quando presta cuidados ao utente para- suicida?</p> <p>E.2.1. Até que ponto as experiências com utentes para- suicidas o ajudam a enfrentar as adversidades da sua própria vida?</p> <p>E.2.2. Escolha um exemplo de uma experiência, no atendimento de utentes para-suicidas, que tenha sido significativa para si. Como se converteu ela num momento de aprendizagem?</p> <p>E.3.1. Até que ponto as reuniões / discussões com restante equipa de enfermagem são importantes para o desenvolvimento de competências e aprendizagem para ajudar utentes para- suicidas?</p>

		E.3.2. Tem alguma sugestão sobre como pode a formação especializada na escola contribuir para o melhor desempenho do especialista nesta área?
F. Desafios éticos	<p>F.1. Identificar dilemas éticos que surgem perante o utente para- suicida;</p> <p>F.2. Analisar as atitudes dos enfermeiros e em particular dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria quando em contacto com utentes para- suicidas;</p>	<p>F.1.1. Quais foram os dilemas éticos com que se confronta na sua experiência clínica quando presta cuidados a utentes para- suicidas?</p> <p>F.2.1. Refira dois desses dilemas. Que atitude tomou em ambos os contextos?</p> <p>F.2.2. Considera ter tomado a atitude mais correcta? Porquê?</p> <p>F.2.3. Face a cada uma das situações descritas, quais os valores que considera estarem envolvidos?</p>
G. Finalização	G.1. Agradecer a colaboração prestada	G.1.1. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.

ANEXO II - Declaração De Consentimento Informado

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DO ESTUDO

Caro(a) Colega:

Na qualidade de aluna a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto e, dando resposta a uma proposta de realização de um estudo de investigação, venho desta forma pedir a sua colaboração.

Pretendo com este estudo, contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria no sentido de desenvolver estratégias consistentes de ajuda, nomeadamente a nível cognitivo e comportamental, tendo em vista evitar recaídas futuras.

O presente estudo é confidencial e o seu anonimato está pois salvaguardado, por isso agradeço o favor de não se identificar.

A sua participação na pesquisa é voluntária, não sendo, portanto obrigatório o fornecimento de informações e/ou a sua colaboração nas actividades solicitadas.

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá qualquer dano.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos bem como a sua publicação em revista científica, se assim for oportuno.

Como pesquisadora, encontrar-me-ei à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Estou interessada em saber como os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções nos serviços de internamento do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. se sentem quando prestam cuidados a utentes para- suicidas, quais os factores predisponentes para o comportamento suicida e de que forma poderão ajudar a reestruturar cognitivamente esses mesmos utentes no sentido de prevenir recaídas futuras.

Todas as informações são *confidenciais e não existem respostas consideradas certas ou erradas*.

Apesar deste estudo não oferecer benefício imediato aos participantes, contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento científico da área em questão.

Prevê-se que os resultados finais deste estudo estejam disponíveis no final do ano de 2011. Caso esteja interessado em consultar os resultados obtidos, poderá fazer favor de contactar o responsável pela pesquisa ou a instituição onde irão ser aplicados os instrumentos de recolha de informação uma vez que os resultados do referido estudo serão colocados à disposição de todos através de uma cópia que será facultada à instituição.

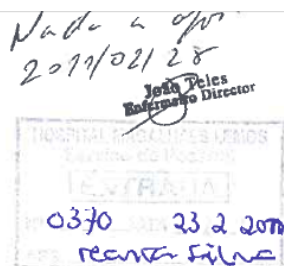
Agradeço a colaboração na participação deste trabalho.

Grata pela colaboração dispensada.

Consentimento: Certifico haver lido o anteriormente descrito e compreendo que sou livre para interromper minha participação na pesquisa em qualquer momento sem que isso acarrete penalização. Pela presente, dou o meu consentimento para participar no estudo.

Porto, _____ de _____ de 2011

**ANEXO III - Autorização Do Hospital De Magalhães Lemos,
E.P.E. Para A Realização Do Trabalho De Investigação**



A Ex. Director
inferior
10024
Selle

António Leuschner
Presidente do Conselho de Administração

Autizado

Ex.^{ma} Sr. Presidente do
Conselho de Administração do
Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.



Carla Maria de Sousa Aguiar, Enfermeira Especialista a exercer funções no Serviço de Internamento da Unidade de Apoio da referida instituição, na qualidade de aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a recolha de dados para a realização de um estudo de investigação científico, subordinado ao tema **"Assistir doentes para- suicidas: subsídios para a reconstrução cognitiva"**.

O tema escolhido prende-se com o facto de cada vez mais, nas sociedades modernas, se registarem taxas mais elevadas de suicídio/tentativa de suicídio, como sublinha a OMS. Trata-se de uma problemática de saúde que como sabemos afecta a espécie humana. Conhecemos, ao longo da história da humanidade, relatos e produtos culturais relacionados com o fenómeno do suicídio. Dados da OMS (2000) indicam que o suicídio aparece geralmente associado a perturbações mentais. Entre estas, a mais comum é a depressão, responsável por 30% dos casos relatados em todo o mundo. Outras doenças mentais como o alcoolismo, esquizofrenia e transtorno da personalidade, também são citados como factores predisponentes.

O estudo tem como objectivos:

- Analisar, na óptica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as motivações expressas pelos utentes com manifestações suicidas;
- Avaliar eventuais mudanças de atitude perante a vida por parte do utente, antes e após o evento;
- Caracterizar as situações clínicas em que se envolveram os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, designadamente através da identificação de mensagens subliminares expressas pelos utentes;
- Identificar oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em matéria de regimes terapêuticos complexos, susceptíveis do melhorar o atendimento do utente com problemáticas suicidárias.

Como se pode constatar através da análise dos objectivos definidos, estão em causa um conjunto de questões de natureza experiencial, decorrentes de uma relação terapêutica estabelecida entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e o utente para- suicida. Esta relação terapêutica engloba três realidades subjectivas (o prestador de cuidados, o utente e a relação entre ambos), pelo que deverá ser analisada com recurso a metodologias que permitam uma análise mais fina e pormenorizada da situação em estudo. Optamos por recorrer à uma entrevista semi-estruturada dirigida aos enfermeiros. Nesse sentido, anexo um exemplar do guião de entrevista.

Embora a realização deste trabalho tenha em vista a minha aprendizagem em matéria de pesquisa, pretendo também contribuir no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria no sentido de desenvolver estratégias consistentes de ajuda, nomeadamente a nível cognitivo e comportamental, tendo em vista evitar recaídas futuras.

Certa da melhor compreensão por parte de V. Ex.^a ao assunto em questão e, esperando uma resposta favorável ao meu pedido grata pela atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Pede deferimento.

Porto, 03 de Fevereiro de 2011

assinatura

António Pereira de Sousa Afonso

